



Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

# O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar - Valor Acrescentado do SAPE

**Célia Carina dos Santos Monteiro**

Orientação: Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche



**Elementos do Júri da Prova Pública:**

Prof. Doutor Eduardo Lopes Rodrigues

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria do Céu Mateus

Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Harfouche

Dissertação de Mestrado em MPA-Administração Pública –  
Especialização em Administração da Saúde

**Lisboa**

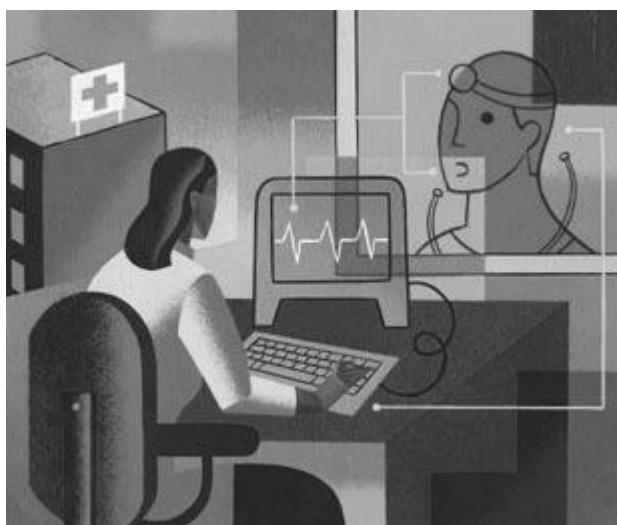
**2014**

VALORIZAMOS PESSOAS



Instituto Superior  
de Ciências Sociais e Políticas  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

# O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar - Valor Acrescentado do SAPE



**Célia Carina dos Santos Monteiro**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da  
Universidade Técnica de Lisboa

**Sob orientação da Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche**

## **Elementos do Júri da Prova Pública:**

Prof. Doutor Eduardo Lopes Rodrigues (Presidente)

Prof<sup>a</sup>. Doutora Maria do Céu Mateus (ENSP – UNL)

Prof<sup>a</sup>. Doutora Ana Harfouche (Orientadora)

Dissertação de Mestrado em MPA-Administração Pública –  
Especialização em Administração da Saúde

**Entrega da Dissertação a 26 de Setembro de 2014**

**Prova Pública realizada a 26 de Janeiro de 2015**

VALORIZAMOS PESSOAS

WWW.ISCSP.ULISBOA.PT

"Não deveríamos estar demasiado ansiosos por encorajar a inovação em casos de melhoramento dúbio, pois um sistema velho tem sempre de ter duas vantagens sobre um novo: está estabelecido, e é compreendido."

Charles Colton

## AGRADECIMENTOS

A dissertação apresentada foi elaborada com bastante trabalho de pesquisa e investigação, várias horas de dedicação, poucas horas de sono, dificuldade em conciliar o trabalho por turnos, família, amigos... e o estudo, no entanto, a mesma foi conseguida graças ao apoio incansável de certas pessoas a quem tenho de agradecer...

Á minha orientadora, a Professora Doutora Ana Paula de Jesus Harfouche, pela ajuda que me proporcionou sempre que solicitada, resposta a *e-mails* e reuniões esclarecedoras, sempre com espírito crítico e incentivando a minha autoconstrução;

Ao meu noivo, Nelson Afonso, pela paciência, por ser sempre o meu pilar, pelo tempo que não lhe pude despendar, pela compreensão nos momentos de *stress*, pelo meu mau humor quando o tempo para entregar a tese começou a escassear e, por todo o apoio e a frase constante ao ouvido “Eu sei que vais conseguir...”;

Aos meus familiares, principalmente à minha Mãe Rosário e Avó Maria, por todos os dias que não estive presente, por não vos ter ajudado como habitualmente e pelo apoio que me transmitiram incondicionalmente, com um simples abraço ou frase de incentivo;

A todos os meus amigos, pelos meses de ausência, pela compreensão e força nesta etapa da minha vida, onde destaco Ana Fortuna e Andreia Frango, sem vocês não teria sido possível;

A todos os meus colegas pelos turnos que me facilitaram a trocar para realizar o trabalho e por toda a ajuda e incentivo durante este processo.

e...

Ao Conselho de Administração, Centro de Formação e Investigação, Diretores de Serviço e Enfermeiros Chefes (nos serviços de Medicina I e II, Cirurgia I e II e Infeciologia) da instituição onde foi realizada a investigação (que manteve em anonimato), que autorizaram a recolha de dados e a todos os enfermeiros que participaram no estudo por permitirem que alcançasse o meu objetivo pessoal e profissional.

A todos, sem exceção...Muito Obrigada!



## RESUMO

Com a introdução de novos Sistemas de Informação em Saúde, têm-se adquirido novos dados em saúde, que são prioridade do Governo com base na Reforma Nacional da Administração Pública.

Dada a importância dos enfermeiros no funcionamento hospitalar e na prestação de cuidados, surgiram os Sistemas de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Como objetivo geral do estudo procura-se *identificar o valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo*.

O estudo baseia-se numa abordagem mista, através de metodologia qualitativa e quantitativa, do tipo exploratório-descritivo e exploratório-correlacional, transversal e observacional. Teve um total de 74 enfermeiros, a exercer funções num Hospital, distribuídos por quatro serviços diferentes.

Analisando os resultados obtidos identificou-se o valor acrescentado do SAPE, que passa pela visibilidade de vários indicadores de qualidade e como um contributo importante na melhoria do trabalho da equipa de enfermagem.

Concluindo o estudo permitiu identificar o impacto potencial do SAPE na gestão em contexto hospitalar e na implementação de novas medidas organizacionais. No entanto, subsiste a necessidade de melhorar o sistema, para uma maior operacionalidade de utilização e a necessidade de maior visibilidade sobre o impacto no Sistema Nacional de Saúde.

**Palavras-chave:** Gestão em Contexto Hospitalar; Sistemas de Informação em Saúde; Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; Indicadores de Qualidade.

## ABSTRACT

With the introduction of new Health Information Systems, new health data have been acquired, which are government priority based on the National Public Administration Reform.

Given the importance of nurses in hospital operation and health care, Support Systems for Nursing Practice (SAPE) emerged. The objective of the study seeks to *identify the added value of SAPE to organizational functioning of a hospital in the area of Lisbon and Vale do Tejo*.

The study is based on a mixed approach, using qualitative and quantitative methodology, exploratory-descriptive and exploratory-correlational, cross-sectional and observational. Had a total of 74 nurses, performing duties in a Hospital, distributed in four different services.

Analyzing the results we identify the added value of the SAPE, passing by the visibility of various quality indicators and as an important contribution in improving the work of the nursing team.

In conclusion the study allows the identification of the potential impact of SAPE in hospital management and implementation of new organizational measures. However there is still a need to improve the system for greater operability of use and the need for greater visibility over his impact on the National Health System.

**Keywords:** Hospital Management; Health Information System; Support Nursing Practice System; Quality Indicators.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSD – Cuidados de Saúde Diferenciados

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ICN – International Council of Nurses

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MS – Ministério da Saúde

NPM – New Public Management

NPS – New Public Service

OCDE – Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

RIS - Rede de Informação da Saúde

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistema de Informação

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SINUS - Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SIS – Sistemas de Informação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO - Sistema Integrador de Informação Hospitalar

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

## ÍNDICE

	Pág.
CAPA.....	I
CONTRACAPA.....	II
CITAÇÃO.....	III
AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	X
0. INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
1.1. <i>New Public Management</i> e a Reforma no Sistema Nacional de Saúde.....	18
1.2. Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde.....	22
1.3. Sistemas de Informação em Saúde.....	24
1.4. Sistemas de Informação em Enfermagem .....	26
1.5. Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).....	32
1.6. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).....	35
1.7. A utilização dos Sistemas de Informação em Saúde na Gestão Hospitalar.....	39
2. MODELO DE ANÁLISE CONCEPTUAL.....	49
3. FASE METODOLÓGICA.....	51
3.1. Questão, Objetivos e Hipóteses da Investigação.....	51
3.2. Desenho do Estudo.....	53
3.2.1. Metodologia de Investigação.....	54
3.2.2. Tipo do Estudo.....	54
3.2.3. Meio do Estudo.....	55

3.2.4. Tempo Despendido.....	56
3.2.5. População e Amostra.....	56
3.2.6. Método e Instrumento de Colheita de Dados.....	57
3.2.7. Aspetos Éticos.....	59
3.2.8. Tratamento de Dados.....	60
3.2.9. Recursos Utilizados.....	61
4. RESULTADOS.....	62
4.1. Questionário A – Enfermeiros Chefes.....	62
4.1.1. Caracterização da amostra.....	62
4.1.2. Sistemas de Informação – Utilização do SAPE.....	63
4.1.3. Gestão Hospitalar.....	64
4.1.4. Identificação dos outputs de gestão hospitalar e do Valor Acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional.....	71
4.2. Questionário B – Enfermeiros de Cuidados Gerais.....	72
4.2.1. Caracterização da amostra.....	73
4.2.2. Análise Estatística.....	75
4.2.3. Estatística Descritiva.....	76
4.2.3. Consistência Interna.....	82
4.2.4. Análise das Hipóteses de Investigação.....	83
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	90
6. CONCLUSÕES.....	99
6.1. Limitações do Estudo.....	102
7. BIBLIOGRAFIA.....	104
8. Apêndices	
Apêndice I – Cronograma da Investigação	
Apêndice II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Questionário de Investigação	
Apêndice III – Questionário A	
Apêndice IV – Questionário B	

## Apêndice V – Matriz da Base de Dados Estatísticos

### 9. Anexos

Anexo I – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Manual de Apoio

Anexo I – Pedidos de autorização para realização da investigação

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de 7 Eixos - CIPE® versão 1.0.....	37
Figura 2 – Modelo de partilha de informação clínica.....	46
Figura 3 – Diagrama Conceptual.....	49

### ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por género.....	73
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por escalões etários.....	74
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por habilitações académicas.....	74
Gráfico 4 – Distribuição da amostra pelos anos de experiência profissional.....	75
Gráfico 5 – Diferença na apreciação do SAPE em função do género.....	85
Gráfico 6 – Diferença na apreciação do SAPE em função das habilitações.....	86
Gráfico 7 – Diferença na apreciação do SAPE em função da categoria profissional.....	87
Gráfico 8 – Diferença na apreciação do SAPE em função dos conhecimentos de informática.....	88

### ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Outputs</i> de Gestão Hospitalar.....	65
Tabela 2 – Valor Acrescentado do SAPE na Gestão Hospitalar.....	67
Tabela 3 – Mais-valias do SAPE para o funcionamento institucional vs Impacto negativo do SAPE no funcionamento institucional.....	70



Tabela 25 – Apreciação do SAPE em função das habilitações académicas dos enfermeiros...	86
Tabela 26 – Apreciação do SAPE em função da categoria profissional dos enfermeiros.....	87
Tabela 27 – Apreciação do SAPE em função dos conhecimentos de informática que os enfermeiros possuem.....	88
Tabela 28 – Relação entre a apreciação do SAPE pelos enfermeiros e o tempo de experiência profissional.....	89



## 0. INTRODUÇÃO

A Humanidade adapta-se diariamente à introdução de novas tecnologias, desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida das diferentes populações. A área da saúde não é exceção, de facto nas últimas décadas tem ocorrido um investimento acentuado nas novas tecnologias com vista a facilitar o trabalho dos profissionais de saúde e consequentemente os cuidados prestados aos doentes.

Os responsáveis pelas tecnologias na saúde têm apostado na modernização de equipamentos médicos e no campo das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC). Com o desenvolvimento das TIC as organizações de saúde tiveram necessidade de se adaptarem a novos métodos de funcionamento. Toda a comunicação sobre a população foi sendo adaptada e introduzida em sistemas internos de informação, que por sua vez são modificados pelos profissionais de saúde e armazenados em bases de dados.

Os dados recolhidos pela equipa multidisciplinar são transformados em informação pertinente para a prestação de cuidados de saúde, convertendo-se posteriormente em conhecimento útil para os profissionais de saúde, para a pessoa em análise, como para a própria organização de saúde, gerando uma mudança e desenvolvimento institucional.

Uma vez que a utilização de determinada tecnologia afeta o fluxo de trabalho, a metodologia de trabalho e o próprio conhecimento dos indivíduos e grupos que a utilizam regularmente, toda a atividade organizacional acaba por ser processada, podendo esta variar entre a produção de bens ou prestação de serviços (Bilhim, 2008).

O uso das TIC em saúde é portanto um aspeto a ter em conta para o aumento da qualidade dos cuidados e do custo-eficiência hospitalar (Murray et al., 2011).

Todo este processo tem decorrido a nível internacional como a nível nacional, abrangendo a rede de cuidados primários e a rede hospitalar de Portugal através dos vários Sistemas de Informação já existentes. Cada organização de saúde adapta o Sistema de Informação de Saúde (SIS) mais favorável para os objetivos da mesma, introduzindo os dados necessários a uma correta utilização por parte de todos os intervenientes no processo clínico da pessoa, desde a entrada na instituição até à sua alta.

Posteriormente, todo esse conhecimento obtido através dos SIS pode ser ainda utilizado para a área da gestão do trabalho em saúde, contribuindo para o desenvolvimento de ações e processos na área da saúde (Benito & Licheski, 2009).

Um dos grupos profissionais que lida direta e diariamente com esta nova realidade são os enfermeiros. Dada a especificidade dos cuidados realizados por estes profissionais houve a necessidade dos mesmos serem estudados e adaptados, criando-se SI específicos para a sua utilização. Surge assim a necessidade da criação dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) em Portugal.

Desde Florence Nightingale, século XIX, que a problemática dos registos de enfermagem tem vindo a ser debatida e sofrido alterações. Já a mesma referia a importância do registo dos cuidados prestados à pessoa e os problemas de enfermagem identificados (Silva, 2006).

Atualmente ainda se mantem esta valência, embora com a utilização de outros recursos tecnológicos, nomeadamente os SIE. No entanto, tal como antigamente, é essencial que a qualidade dos registos se mantenha, utilizando-se uma linguagem percetível por toda a equipa multidisciplinar, exista partilha de informação, fiabilidade dos dados e facilidade de utilização.

Iniciando a *Era Informática*, tanto os enfermeiros como os próprios elementos da gestão das instituições de saúde, tiveram de atualizar os seus conhecimentos, adaptando-se a novas metodologias de registo, a realizar pesquisa, formação ou partilha de experiência com colegas e outros profissionais de saúde. Esta adaptação aos SIE exige e requer motivação profissional, formação sobre o funcionamento do sistema, tempo despendido e custos hospitalares para a implementação do próprio sistema e manutenção do mesmo.

Quais as vantagens, o valor acrescentado, desses sistemas para a instituição de saúde? Será favorável para os profissionais que o que utilizam diariamente? Trará informação/*outputs* relevantes para a gestão das organizações de saúde? É a tentar responder às questões acima mencionadas que se identificou o problema do estudo que em seguida se apresenta, analisando-se um SIE em específico, o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), num Hospital na zona geográfica de Lisboa e Vale do Tejo. Os Sistemas de Informação (SI) nas organizações de saúde, fazendo parte das novas TIC, têm vindo a ser

uma temática em rápida e constante alteração, modificando a estrutura organizacional das instituições e o próprio método de trabalho dos profissionais de saúde.

Segundo o Secretário de Estado da Saúde no XVII Governo Institucional, Dr. Manuel Pizarro (Pereira, 2011), essa mesma alteração traduz-se num impacto na prática das organizações de saúde e consequentemente nos profissionais e nas pessoas que utilizam o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo uma problemática passível de ser investigada.

Um problema de investigação é portanto, segundo Fortin (2000, p. 48) algo “ (...) que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado.”

De entre os inúmeros SI existentes na área da saúde, optou-se por escolher e estudar os Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), uma vez que representam atualmente uma fonte importante de recolha de informação sobre a população, pelos Enfermeiros e, dentro dos sistemas existentes, optou-se apenas pelo Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) uma vez que o mesmo se encontra em implementação a nível nacional, através de diretivas do Ministério da Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Estando os SIE diretamente interligados com a prestação de cuidados da equipa de enfermagem às pessoas que utilizam os serviços de saúde, surge a problemática sobre o impacto que pode advir da sua utilização, tanto para a prestação direta dos cuidados aos doentes, como de uma forma global, o seu impacto organizacional, tendo em conta a possível interferência na gestão hospitalar.

Procurou-se então analisar os SIE tendo em conta que podem ser utilizados como um instrumento estratégico para o desenvolvimento das instituições hospitalares (Pereira, 2011)

Desta forma o impacto dos SIE poderá refletir-se na qualidade dos cuidados de enfermagem às pessoas, através do tempo despendido na documentação de enfermagem, da tomada de decisão em enfermagem, no tipo de linguagem e conteúdo utilizado nos SIE, traduzindo-se num processo de mudança complexo (Paiva, 2006).

Dada a complexidade desta mudança, existe a necessidade da equipa de enfermagem adaptar-se a novos métodos de trabalho e a novas formas de documentação dos cuidados prestados. Essa adaptação requer implicações para os cidadãos, de forma direta, como também para a própria instituição em que exercem funções, alterando toda a sua antiga estrutura organizacional de partilha de informação.

A escolha do sistema SAPE deve-se ao facto de o mesmo estar a ser implementado a nível nacional, tanto na rede nacional de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) como na de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e surgir atualmente como um fator problemático para alguns enfermeiros que o utilizam diariamente.

O SAPE é um sistema informático elaborado inicialmente com o nome de “ENFIN” (junção das palavras Enfermagem e Informática), através do estudo elaborado pelo Enf. Abel Paiva, em 2006, na sua tese de doutoramento, pela Escola Superior de Enfermagem de São João no Porto. Esse estudo foi desenvolvido em três unidades de saúde da região Norte do país tendo vindo ao longo do tempo a ser melhorado e adaptado para várias instituições de saúde do setor público e privado, tanto em hospitais como em centros de saúde.

Como objetivo visa o tratamento e organização da informação que é introduzida pelos enfermeiros através dos atos de enfermagem e tem como funções as de consultar o plano de trabalho, registar/consultar os sintomas do utente, registar/consultar as intervenções de enfermagem com base no diagnóstico efetuado, consultar/registar o plano de trabalho elaborado pelo sistema com base na informação inserida e consultar as tabelas de parametrização e codificação da atividade de enfermagem (Gomes, Paiva & Simões, 2009).

Este sistema foi desenvolvido em 2002 pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), instituto esse já extinto, tendo sido substituído atualmente pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). O SAPE integra como linguagem comum a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), com a versão Beta 2 (International Council of Nurses - ICN, 2000). Existe no entanto versões mais atualizadas da CIPE®, tendo sido lançada em 2010 pela Ordem dos Enfermeiros a CIPE®2.0.

Deste modo o estudo pretende identificar e analisar o valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um Hospital, nomeadamente um da região geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, uma vez que se encontra implementado na maioria dos serviços do mesmo há alguns anos e estudar o impacto que pode originar na administração/gestão hospitalar, identificando quais os *outputs* que poderão ser uteis para a identificação de potenciais índices de qualidade da instituição. Destaca-se ainda a relevância que o estudo demonstra na análise à perceção de valor acrescentado do sistema (SAPE) para a instituição, pelos seus utilizadores diários, os enfermeiros e pelos órgãos de gestão de cada serviço analisado, nomeadamente Enfermeiros Chefes.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A reforma da Administração Pública em Portugal, em paralelo com a modernização da sociedade, é uma temática que influencia o sector da Saúde, dadas as alterações do papel do Estado no atual Sistema Nacional de Saúde (SNS).

As crescentes alterações na população (em Portugal e restantes países da Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico (OCDE) geram um debate sobre as responsabilidades do Estado sobre as necessidades emergentes da sociedade.

Com o afastamento do modelo Burocrático, surge a *New Public Management* (NPM), pautado pela introdução de alterações no modelo gestor no serviço de saúde público. Destaca-se ainda o surgimento de um novo modelo teórico, denominado *New Public Service* (NPS), servindo de alternativa aos dois anteriormente mencionados.

Após uma abordagem sumária dos três modelos teóricos da reforma da Administração Pública, introduz-se os conceitos das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), *ehealth*, Sistemas de Informação (SI) e por fim os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), sendo que toda esta temática se relaciona com o que é pretendido com a Nova Gestão Pública, sendo todos eles um dos objetivos do XIX Governo Constitucional, em referência na Resolução do Conselho de Ministros nº112/2012 (DR 1ª série, nº252. 31-12-2012), baseando-se na Agenda Digital 2010 (Comunicação n.º 245 (2010), da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões - Uma Agenda Digital para a Europa).

Para além do resumo apresentado acima, esses mesmos conceitos e outros como o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e a implicação dos SIE (SAPE inclusive) sobre a gestão hospitalar em Portugal, serão temáticas desenvolvidas ao longo do capítulo do Enquadramento Teórico, procurando fundamentar a investigação elaborada neste estudo.

### 1.1. ***New Public Management* e a Reforma no Sistema Nacional de Saúde**

Em Portugal, tal como noutros países, através dos sucessivos Governos, ocorreram reformas políticas e administrativas, com características demarcadas, que culminaram no conceito de *New Public Management* (NPM) ou, em português, Nova Gestão Pública, doutrina que se iniciou nos anos oitenta, destacando-se do antigo modelo de administração, o modelo Burocrático.

Segundo Harfouche (2008, p. 51-52):

O conceito de *New Public Management* aparecido na década de oitenta, procura substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial, que se traduz na profissionalização e autonomia da gestão, pela liberdade de escolha do consumidor, pela competição entre unidades que se querem mais pequenas, pela adopção de estilos de gestão empresarial, pela explicação das medidas de desempenho e pela ênfase nos resultados e na eficiência.

Toda a filosofia administrativa teve então uma mudança, gerando-se uma Administração Pública do tipo Empresarial. Toda a sua base é centrada na economia, distanciando-se das anteriores doutrinas orientadas para as ciências da política da Administração Pública. Um dos modelos teóricos que defende é o da Teoria da Escolha Pública, onde, segundo Harfouche (2008) o foco é o indivíduo e o gestor maximizar os seus recursos (materiais e humanos), em que os *outputs* das empresas públicas são mais valias para o crescimento empresarial e são determinantes para as múltiplas e possíveis tomadas de decisão.

O modelo tradicional da Administração foi alterado e em diversos países da Organização para a Cooperação de Desenvolvimento Económico (OCDE) a adaptação ao NPM foi sofrendo diversas alterações.

Citando Carvalho (2007, p. 4-5)<sup>1</sup>, a *New Public Management* tem como componentes doutrinais:

---

<sup>1</sup> Baseado nas obras de Hood (1991, 1995), Dunleavy e Hood (1994, p. 9), Brans (1997, p. 397-398), Pollitt (2002<sup>a</sup>, p. 276; 2002b, p. 474; 2003, p. 27-28) e Osborne e McLaughlin (2002, p. 9-10)

- A avaliação de desempenho em função da prossecução de objectivos (resultados), abrangendo os serviços e os recursos humanos.
- A defesa de uma maior autonomia de decisão para os dirigentes públicos e de uma crescente flexibilidade nos instrumentos de gestão, nomeadamente na gestão financeira e na gestão de recursos humanos.
- A “agencificação” do aparelho administrativo, isto é, a transformação de organismos da administração directa do Estado em institutos públicos ou outras entidades com autonomia financeira, ou a criação ab initio dessas entidades, teoricamente mais eficazes e libertas dos condicionalismos e pressões do poder político.
- A procura da qualidade nos serviços públicos, orientando os seus processos e procedimentos para a satisfação das necessidades dos cidadãos e agentes económicos, encarados como “clientes”. É comum este objectivo incorrer em ou decorrer de exercícios de desburocratização.
- A eficiência, a busca de uma máquina administrativa menos dispendiosa, e/ou mais produtiva.
- A eficácia, tida como uma avaliação do grau de prossecução de objectivos predefinidos.
- A privatização, entendida como a transferência total ou parcial de empresas ou bens públicos para entidades privadas e a introdução de mecanismos de tipo de mercado (MTM) como, por exemplo, a subcontratação.
- A imagem de um Estado que se deve tendencialmente condicionar minimamente a actividade económica dos agentes, limitando-se, na medida do possível, a regular e a assegurar o cumprimento das suas emanações legais.
- As tecnologias da informação e comunicação encaradas como um instrumento multifacetado, quase indispensável a um funcionamento da Administração Pública mais eficiente, eficaz e com maior qualidade. As TI são representadas como o motor da metamorfose do edifício burocrático num ente mais amigável para a economia e para os cidadãos.

Ocorreu então uma adaptação dos modelos de gestão anteriormente criados para a realidade do sector empresarial, tendo em conta o contexto atual do sector público, focando como objetivo o aumento da eficácia e da eficiência da Administração Pública (Carvalho, 2011).

Com o Estado a assumir um papel principal na economia e desenvolvimento social, surge o conceito de Estado Managerial, em paralelo com a adoção ao NPM (Rocha, 2000), contrariando o anterior Estado Social (*Welfare State*), que tinha sido a origem de um aumento exponencial da despesa pública.

Em suma gerou-se uma busca por uma gestão pública eficaz e eficiente onde é necessária uma análise dos objetivos para que os mesmos permitam a avaliação dos resultados através de indicadores, ou seja a gestão por resultados (Harfouche, 2008).

Em contraste ao modelo Burocrático e à *New Public Management* surge ainda um novo modelo como alternativa, designado por *New Public Service* tendo como base uma teoria democrática onde o interesse público é o resultado do interesse comum e não de interesses próprios. Distingue-se o conceito de servir cidadãos e não clientes (anterior modelo NPM). Neste modelo os administradores públicos tem de contribuir para uma noção coletiva de interesse público, valorizando desta forma um modelo democrático ao invés do empreendimento. O pensamento deve ser estratégico e a ação sempre democrática, no sentido de servir a população e não “guiar” como no modelo NPM. Como objetivo final o modelo pretende uma valorização nas pessoas e não unicamente na produtividade (Denhardt, 2003).

Existe neste modelo uma maior sensibilidade à opinião do cidadão, à acessibilidade, segurança, atenção pessoal, postura de ajuda, equidade com os pares e uso responsável do dinheiro (Harfouche, 2008).

No entanto, foi ainda com o modelo NPM que se fez a reforma da Administração Pública em Portugal, surgindo uma nova figura jurídica no sector público da saúde, que derivou na transformação de Hospitais SPA em Hospitais Empresa, com capital exclusivamente público, pretendendo-se com esta mudança o aumento da eficiência do SNS, essencial para a sua sustentabilidade (Harfouche, 2008).

Fazendo a ligação do modelo da Nova Gestão Pública, com os modelos de sistemas de saúde existentes na Europa, consideram-se essencialmente três modelos existentes,



tendo em conta o tipo de financiamento primário – serviço nacional de saúde (presente em Portugal), seguro social obrigatório, e liberal/livre concorrência. Embora se considerem três modelos tipos, estes modelos não são estanques, tendo características mistas em muitos dos casos, ocorrendo em muitos países atualmente uma fase de transição de um modelo para outro (Boquinhass, 2012).

Tendo como exemplo a Europa (com exceção da Suíça que apresenta um modelo mais liberal), os modelos são essencialmente do tipo SNS, que pertencem ao modelo de Beveridge, ou do tipo seguro social obrigatório, modelo de Bismarck (Boquinhass, 2012).

O modelo Bismarckiano, modelo de seguro social, nasce em 1883. As suas características são as de ser financiado através de descontos na base de uma percentagem dos salários dos trabalhadores e outra parte através de contribuições das entidades patronais, atingindo aproximadamente 50% cada. Existem ainda contribuições por impostos através do orçamento de Estado e ainda pagamentos diretos em momento de doença. O sistema Bismarckiano nem sempre é universal e os prestadores podem ser públicos ou privados, em regime de contrato com caixas ou fundos de seguros (Boquinhass, 2012).

A origem do modelo de Beveridge deu-se em 1948 e tem por base um relatório elaborado em Inglaterra no ano de 1946, por *Lord William Beveridge* e consequente legislação. Como principais características deste novo modelo (que ainda vigoram em qualquer SNS) destacam-se:

- financiamento por impostos, por via do orçamento de Estado através de um organismo público, e por impostos locais ou regionais (exemplo: Suécia, Dinamarca e Finlândia) e, embora em casos menos frequentes, de copagamentos (Irlanda). Qualquer SNS tem âmbito universal, servindo toda a população, abrangendo todas as patologias e organiza-se em torno de uma rede nacional de prestadores maioritariamente públicos (Boquinhass, 2012).

No caso de Portugal, o modelo beveridgeano funde-se com o modelo bismarckiano (modelo misto) sendo o que predomina no atual sistema de saúde. A tendência que se tem verificado é a da contratualização da atividade hospitalar, apesar do modelo tradicional do SNS.

Em paralelo com a empresarialização, ocorreu ainda o fenómeno da descentralização do sistema de saúde Português para níveis regionais ou municipais, com a privatização da gestão ou da própria propriedade, tornando a gestão do sistema mais empresarial, de acordo com o modelo da Nova Gestão Pública/ *New Public Management* (Harfouche, 2008).

## 1.2. Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde

Com a reforma no setor da Saúde e a corrente da *New Public Management*, foram surgindo alterações progressivas nas instituições do SNS, sobressaindo as estratégias de mercado e a empresarialização, substituindo a tradicional Administração Pública na Saúde.

Como já mencionado anteriormente, um dos principais objetivos da NPM é a ênfase no desenvolvimento das TIC. Desta forma, interligando o desenvolvimento das TIC e a reforma no setor da Administração da Saúde, há a necessidade de uma reorganização por parte das organizações do SNS para a implementação das novas tecnologias de informação.

As TIC são atualmente parte integrante da sociedade, existindo no quotidiano de cada um. Estas fornecem instrumentos que podem ser úteis para a área da comunicação, no local de trabalho e no lazer. Toda a sociedade de informação, tanto individual como coletiva tem-se tornado onnipresente, através de reajustamentos de valores e de comportamentos. Com o atraso ou recusa desses mesmos reajustamentos, poderão resultar num menor crescimento económico e a um decréscimo do bem-estar da população envolvida (Missão para a Sociedade da Informação, 1997).

Com a potencialização das TIC poderá criar-se mais oportunidades de emprego sustentável, gerando-se alterações nas organizações, levando a um aumento de produtividade e a um consequente aumento da qualidade de vida das populações afetadas. Em suma, desta forma é possível contribuir para uma sustentabilidade económica e social (Missão para a Sociedade da Informação, 1997).

Citando o Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal, o desenvolvimento da sociedade de informação “ (...) requer alterações significativas capazes de ultrapassarem resistências à mudança e um certo grau de inércia organizativa, ainda visíveis na Administração Pública e nas empresas.” (Missão para a Sociedade da Informação, 1997, p. 7).

Na área da saúde é imprescindível a sua utilização, no setor público e privado. Como resultado da fusão das novas tecnologias com a Saúde surgiu o conceito *ehealth*, baseado na Comissão Europeia, como sendo as ferramentas e serviços das Tecnologias de Informação e Comunicação para a saúde. A *ehealth* permite fazer a ligação entre as pessoas que utilizam os serviços de saúde e os fornecedores desses mesmos serviços, estabelecendo comunicação entre eles de igual forma e com linguagem perceptível por ambas as partes e transmitindo informação importante entre instituições (Pereira, Nascimento & Gomes, 2011).

Numa instituição de saúde que utiliza os recursos baseados na tecnologia *ehealth*, de forma assertiva, pode-se criar e desenvolver SIS através de redes de informação, registos de saúde eletrónicos, a telemedicina, portais de saúde, entre outros. Este desenvolvimento tem como objetivo primordial a pessoa que recorre aos serviços de saúde e os profissionais de saúde, para desta forma ser possível a monitorização da saúde da população e manutenção dos estilos de vida saudáveis, atuando na prevenção, no diagnóstico e no auxílio no tratamento da doença (Pereira et al., 2011).

A nível europeu o *ehealth* tem sido alvo de várias investigações e desenvolvimento por parte da Comissão Europeia através de Programas Quadro, elaborando estratégias de utilização do mesmo, melhorando a sustentabilidade dos serviços de saúde, visando o desafio global da mobilidade de cidadãos, produtos e diferentes serviços, entre eles os de saúde (Pereira et al., 2011).

Desde 29 de Maio de 2007, com a criação do ACSS, I.P, (Decreto-Lei n.º 219/2007), que se começaram a estabelecer estratégias baseadas na utilização dos SIS a nível nacional, como vetores de mudança nas organizações de saúde, centralizadas nos utilizadores diretos do SNS, os cidadãos. Desta introdução e consequente inovação no Ministério da Saúde, prevê-se um aumento do desempenho das instituições com uma correlação no aumento da eficácia e eficiência nos serviços prestados pelo SNS (Pereira et al., 2011).

Existindo estas inovações, os SI suscitaram várias transformações no setor da saúde, prevendo-se que seja a área onde, segundo Pereira et al. (2011, p.21), citando José Nascimento “(...) se poderão sentir as mudanças e os impactos mais significativos.”.

Pereira et al. (2011, p. 21) descreve ainda, citando José Nascimento, que “(...) estas mudanças estão fundamentalmente relacionadas com as alterações aos modelos de gestão

dos serviços de saúde e, em particular, com adoção de um novo paradigma de organização que centra no cidadão a prestação desses cuidados.”.

Sendo a qualidade em saúde considerada como a solução para os atuais problemas no SNS (Fernandes, 2011a), é um conceito importante a ter em conta na análise dos SIS e o seu possível impacto na mesma. Como indicador incontornável de qualquer sistema, assim como para os SIS's, existem orientações estratégicas que visam o seu cumprimento, tanto no Plano Nacional de Saúde (PNS), nos Programas Governamentais como em diretrizes da União Europeia (Pereira et al., 2011). De fato desde W. Edwards Deming (1900-1993) que se estuda a qualidade como sendo uma “(...) perseguição às necessidades dos clientes, homogeneidade dos recursos do processo, previsibilidade e redução da variabilidade.” (Fernandes, 2011a, p. 19).

Encontra-se no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Campos, Saturno & Carneiro 2010) já uma referência para esse impacto, tanto a nível da qualidade dos cuidados, como na redução dos custos na área da saúde.

### 1.3. Sistemas de Informação em Saúde

Existem vários tipos de Sistemas de Comunicação de Informação entre eles os Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Podem ser sob a forma de manuscritos, dactilografados ou orais. Todos os sistemas foram-se adaptando às necessidades das diferentes instituições de saúde e às necessidades de evolução tecnológica que acompanha atualmente a Humanidade e, consequentemente, a área da saúde.

Com a evolução, surgiram os denominados *Sistemas Computorizados*, inicialmente utilizados apenas como principal aplicação para a gestão de utentes e gestão financeira. Nos anos 90 já a grande maioria dos hospitais tinha aderido a um sistema de registo computadorizado (Bolander, 1998).

Como principais vantagens, quando comparados com os registos em formato papel, destaca-se a melhoria na sua organização, a facilidade na sua interpretação e leitura, a sua acessibilidade e o facto de serem completos. Para além disso, qualquer elemento da equipa multidisciplinar de determinado serviço, pode ter acesso a essa informação, complementando-se assim a eficácia na rede de cuidados disponíveis (Bolander, 1998).

Segundo Silva (2006, p.46) citado por Gossen (2000) podemos definir Sistema de Informação como:

(...) Um conceito amplo que se reporta a uma disciplina em rápida evolução [informática da saúde] que toma por objecto a organização, a gestão e o tratamento da informação gerada no âmbito da prestação de cuidados de saúde; a sua computação e comunicação, e a utilização de métodos e técnicas para apoiar os campos da saúde: medicina, farmácia, Enfermagem, etc.

Considera-se um Sistema de Informação (SI) um conjunto integrado de *hardware* e *software* que tem como função a recolha de dados e transformação dos mesmos em informação útil para a instituição através de três etapas, a captação de dados através de elementos inter-relacionados, a manipulação e armazenamento dos mesmos (processos) e a disseminação de informação através de *outputs* passíveis de serem analisados e utilizados pela organização.

Para a elaboração de um SI capaz de dar resposta a todas estas etapas e ser útil a uma empresa/instituição precisa de responder a alguns critérios essenciais. Segundo Bürkle et al. (2001), é fundamental que seja acessível a todos os utilizadores que possam vir a introduzir dados e de todos que necessitem de explorar a informação disponibilizada pelo sistema; disponibilizar informações concisas, objetivas, completas e confiáveis. É ainda essencial que as restrições tecnológicas, humanas e organizacionais sejam identificadas e que não comprometam o normal funcionamento do SI (Souza, Amorim & Guerra, 2008).

Uma vez que o volume de informação num hospital é elevado, é essencial que exista um controle em todos os processos executados diariamente na instituição, para que não ocorra duplicação de tarefas e desperdícios (Souza et al., 2008).

Dada a sua utilidade, os hospitais, como unidade organizacional, têm vindo a adotar os SI's para a sua utilização diária, tendo como objetivo diminuir as necessidades operacionais dos vários setores e serviços e proporcionar a sua mútua integração. Essa medida é em tudo incentivada por programas e políticas de saúde que tem surgido nos últimos anos, apresentando normas com orientações estratégicas e intervenções a serem

Implementadas, relacionadas com a utilização e gestão eficiente da informação e conhecimento produzidos pelos SIS (Souza et al., 2008).

Privilegia-se cada vez mais a análise e transmissão de informação, essenciais para a avaliação dos serviços de saúde, com o objetivo da análise do estado de saúde da população portuguesa.

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004/2010), já era notória a posição sobre a necessidade de construção de um SIS que abranja todas as diferentes áreas da saúde, de modo a que se obtenha informação global de saúde sobre toda a população portuguesa e se possam estruturar medidas de atuação sobre áreas de risco, tanto através da rede de cuidados primários como rede hospitalar (Ministério da Saúde – Direção Geral de Saúde, 2004).

#### **1.4. Sistemas de Informação em Enfermagem**

Existe desde sempre uma grande preocupação por parte dos Enfermeiros em adotar medidas adequadas de registo e documentação, sobre os cuidados de Enfermagem que são prestados. Com o desenvolvimento da profissão, principalmente a partir da intervenção de Florence Nightingale em 1885, este foi um dos aspetos tomados em consideração, tendo esta referido a extrema importância em registar toda a informação e ocorrências sobre os doentes e sobre a prestação de cuidados realizada pelos enfermeiros (Silva, 2006), uma vez que se verificava nessa data registos pobres, por vezes apenas com a referência da data da morte de determinada pessoa (Silva, 2006, citando Goldie, 1987).

A documentação de enfermagem traduz-se no relato escrito da prática de enfermagem, onde por vezes não existe um consenso de opiniões entre o que é observado e realizado pelos diferentes enfermeiros (Bolander, 1998).

Dentro dos SIS, destaca-se os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), especificamente criados para a classe profissional dos Enfermeiros, tendo como objetivo a organização, gestão e tratamento da informação no âmbito dos cuidados de Enfermagem. Estes sistemas permitem a modelação dos processos de recolha e organização de dados, permitindo a transformação dos dados em informação e conhecimento, no sentido de

promover a prática baseada na evidência, contribuindo para a qualidade da prática profissional de Enfermagem (Paiva, 2006).

Atualmente começa a emergir, de forma crescente, a necessidade de investigação no âmbito da temática dos SIE, tendo os mesmos um papel essencial para a promoção da continuidade dos cuidados prestados e para a produção de documentação dos cuidados, possibilitando a avaliação da informação obtida, otimizando a sua gestão.

Um SIE define-se como:

(...) Uma parte dos sistemas de informação na saúde e refere o esforço de análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação dos dados em informação e conhecimento – promovendo decisões baseadas no conhecimento empírico e na experiência – tendo em vista alargar o âmbito e aumentar a qualidade da prática profissional de Enfermagem. (Silva, 2006, p. 33, citando Goossen, 2000a, p. 53).

A sua principal finalidade relaciona-se com a melhoria significativa do acesso e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, pressupondo a continuidade dos mesmos. Este objetivo só poderá ser atingido através da criação de uma estrutura de partilha e articulação dos diferentes SIE's interinstitucionais, apostando na intercomunicabilidade entre serviços e diferentes instituições. Desta forma poder-se-á aumentar a circulação e partilha de informação, prestando-se um serviço melhor e, cada vez mais rápido, às pessoas que os enfermeiros têm ao seu cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Esta ideia também é defendida por Hill e Powell (2009) quando afirmam que a conectividade dos diferentes sistemas poderá permitir a partilha de dados entre clínicas, hospitais, laboratórios e farmácias, garantindo que a informação pertinente de cada cidadão esteja acessível em qualquer unidade de saúde e sempre que necessário.

Os SIE's têm ainda como finalidade “possibilitar a gestão da informação em qualquer ponto do contínuo “máximo/mínimo” de dados e a produção de conhecimento.” (OE, 2007, p. 1).

Dado que a classe dos Enfermeiros abrange toda a população (quer no sector público, como privado) e a acompanha com permanência significativa durante a prestação de cuidados, os SIE assumem um papel importante no contexto da prática de enfermagem, uma vez que lida com um conjunto vasto e importante de informação significativa sobre a saúde de determinada população.

Para que a visibilidade dos cuidados de Enfermagem comece a emergir, tanto em termos de estatísticas, indicadores de saúde e relatórios oficiais, os SIE são imprescindíveis. Apenas com uma correta utilização dos mesmos se poderá no futuro verificar os ganhos em saúde (derivados dos cuidados de Enfermagem prestados) na população mundial (OE, 2007). Essa visibilidade poderá ser conseguida, pois os SIE permitem contabilizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

A grande necessidade dos SIE advém do contínuo acompanhamento de cada cidadão ao longo do seu ciclo vital, permitindo uma mobilidade geográfica de informação entre diferentes contextos de prestação de cuidados e vários serviços de saúde, facilitando desta forma o acesso dos dados aos diferentes profissionais de saúde, para uma crescente melhoria na prestação e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2007).

No entanto, e embora já se conheça a vantagem dos sistemas de informação e da documentação dos cuidados, ainda existe um longo caminho a ser percorrido. Quando as equipas de enfermagem são confrontadas com o tempo despendido para a prestação de cuidados diretos às pessoas e o tempo de realização dos registos de enfermagem, são muitas vezes invadidos por um sentimento de insatisfação. Parte desse sentimento advém da dificuldade de alguns profissionais no preenchimento da documentação exigida, como no tempo despendido a documentar dados em duplicado, sendo os registos necessários de forma a documentar dados, que se relacionem com o processo de tomada de decisão de Enfermagem (Silva, 2006).

A maioria dos enfermeiros depara-se com o dilema entre optar por, despende a maioria do tempo na prestação de cuidados diretos às pessoas, ou elaborar os registos de Enfermagem sobre as mesmas. Outro aspeto referido é a inexistência, em muitos serviços, de locais apropriados para as equipas de enfermagem poderem escrever os registos e refletir sobre eles (Bolander, 1998).



À semelhança dos SIE, também um dos objetivos do Processo de Enfermagem, é a qualidade dos cuidados. O Processo de Enfermagem é um sistema utilizado para a planificação de intervenções que visem a manutenção/melhoria do estado de saúde da pessoa e é assim utilizado para a avaliação da qualidade dos cuidados, uma vez que através do plano de cuidados são registadas as intervenções desempenhadas pelo enfermeiro (Phaneuf, 2001).

A prioridade neste campo deve então centrar-se na possibilidade de criar as adequações possíveis no sentido da articulação entre a inovação na saúde por via das TIC (especificamente neste caso os SIE), que pressupõe, uma dimensão organizacional muito impulsionada pelo Estado e pelas instituições de *know-how* tecnológico. Simultaneamente urge a necessidade da adoção social da tecnologia pelos vários grupos profissionais (entre eles os enfermeiros), tendo em conta a relação dos cidadãos e dos profissionais de saúde uns com os outros, mas também internamente à instituição onde se desenvolve a prestação de cuidados de saúde a vários níveis (Campos et al., 2010).

Com a correta utilização dos SIE poder-se-á verificar no futuro os ganhos em saúde (derivados da atividade de Enfermagem) na população portuguesa e posteriormente na mundial.

Todos os SIE deverão utilizar as normas internacionais de referência (ISO, CEN, HL7, entre outras) e encontrarem-se atualizados com o estado de arte no momento do seu desenvolvimento. Deverão integrar ainda sistemas de classificação de pessoas, por níveis de dependência em cuidados de enfermagem, ou outros, dando importância aos Resumos Mínimos de Dados da Saúde, facilitando a produção de indicadores (OE, 2007).

Como Resumos Mínimos de Dados de Saúde, a OE (2007), citando Werley et al. (1991), defini-os pelo “conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da Enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde.” Corresponde portanto, do ponto de vista clínico a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem (OE, 2007).

Para a manutenção dos resumos mínimos de Enfermagem, os mesmos deverão ser atualizados a partir da documentação diária, regular e sistemática dos cuidados de Enfermagem, sendo posteriormente incorporados nos conteúdos em uso nos SIE's em vigor

(OE, 2007). No entanto, desta atualização e modernização do formato de registos de Enfermagem, resulta uma fase de adaptação por parte dos enfermeiros, o que nem sempre é bem vista e aceite por todos (Silva, 2006).

Se analisarmos o começo da era dos computadores, identificamos que a mesma se deu há relativamente pouco tempo, o que se traduz na dificuldade de alguns enfermeiros em utilizar os sistemas informatizados por não se encontrarem familiarizados com as novas tecnologias, nomeadamente, o uso de computadores e de sistemas eletrónicos (Silva, 2006).

No entanto, não é apenas essa a dificuldade inerente a este avanço tecnológico. Também a utilização, generalizada, por quase todos os sistemas computadorizados, de terminologia básica (relacionada com termos técnicos e outra relacionada com os próprios computadores: menu, software, monitor, modem, LAN, *input*, entre outros), que não é do conhecimento geral da comunidade de enfermagem, se traduz noutra barreira de dificuldade na adesão a este tipo de sistemas (Bolander, 1998).

Com esta tendência futura, levantam-se novas problemáticas em relação aos sistemas de registo em Enfermagem, nomeadamente, o cuidado com o formato escolhido para a introdução de informação nos computadores, a sua forma de organização e a uniformização dos dados. A tendência é também para que a preservação dos registos aumente, uma vez que estes estão atualmente mais organizados, mais legíveis, acessíveis e completos comparativamente aos registos em suporte papel (Bolander, 1998).

Segundo o que já foi mencionado anteriormente espera-se que os SIE possuam as seguintes características:

- Incluir organização, gestão e tratamento de informação referente ao processo de Enfermagem;
- Incluir uma classificação de Enfermagem, enquanto estrutura de linguagem uniforme, que viabilize a comunicação e a continuidade de cuidados, que permita gerar indicadores do exercício profissional dos enfermeiros – otimizando os sistemas de melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros – e dando visibilidade ao contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações;

- Possibilitar a utilização da linguagem natural – em texto livre – de forma a não limitar a descrição das necessidades em cuidados de Enfermagem e das intervenções de Enfermagem, ao uso de classificações;
- Reduzir a duplicação de dados;
- Aumentar a acessibilidade aos dados, informação e conhecimento gerados no SIE;
- Servir o modelo em uso sem limitar o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos expostos (Silva, 2006, p. 35).

Já a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 2), apresenta um esquema mais reduzido sobre os aspetos centrais do SIE, sendo eles:

- A CIPE® como referencial de linguagem do SIE;
- A possibilidade de parametrização dos conteúdos por unidades de cuidados;
- A articulação entre a linguagem natural e a linguagem classificada;
- A organização das intervenções de Enfermagem a implementar;
- A integridade referencial entre diagnósticos, *status*, intervenções, dados da observação/vigilância do cliente e os resultados face aos diagnósticos de Enfermagem;
- A capacidade de resposta a resumos mínimos de dados de Enfermagem.

Resumindo, o SIE deve produzir resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, visualizando a informação relativa a um determinado domínio. Desta forma os enfermeiros passam a conhecer todos os dados referentes a um domínio específico, utilizando-se como critério uma orientação cronológica e visualizando-se deste modo toda a informação e dados inseridos no sistema num determinado turno, dia, mês ou ano (conforme o período de tempo definido) (OE, 2007).

Com o SIE eficiente obtém-se qualidade ao nível da tomada de decisão, evitam-se custos desnecessários e evita-se a perda de confiança da população nos cuidados prestados, gerando-se motivação das equipas de enfermagem no seu trabalho. Diminui-se ainda o erro nas mesmas tomadas de decisão, existindo uma menor perda de dados importantes (inclusive pelos erros ocorridos devido a registos ilegíveis) o que beneficiará os doentes de

maior segurança no atendimento de enfermagem, traduzindo-se em melhores cuidados de saúde (Lima, Braga, Fernandes & Brandão, 2011).

No entanto, existe ainda um longo percurso a ser desenvolvido nesta área. Os enfermeiros demonstram ainda pouca familiaridade com o processo de decisão na aquisição de novos meios tecnológicos. Por outro lado, os custos de aquisição e implementação dos novos SIE's dificultam o acesso a todas as instituições de saúde e consequentemente a todos os enfermeiros a aquisição de contato e proximidade com as funcionalidades dos sistemas. Existe a necessidade, de forma simultânea, após a introdução de um novo SIE numa instituição de saúde, que todos os enfermeiros recebam formação, passando pela qualificação profissional sobre as novas tecnológicas e novos métodos de registo (Rodrigues Filho, 2001).

Este fato leva a que atualmente ainda existam muitas instituições onde se continuam a utilizar registos médicos e de enfermagem em suporte papel inviabilizando a gestão adequada e eficaz da informação neles contida (Rodrigues Filho, 2001).

### **1.5. Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)**

Desde a década de 90 o Ministério da Saúde tem vindo a implementar *software* nos hospitais públicos do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Uma das principais ferramentas de trabalho para os profissionais de saúde foi o Sistema Integrador de Informação Hospitalar (SONHO) com o objetivo de controlo clínico-administrativo em várias áreas hospitalares (Urgência, Consulta Externa, Hospital de Dia, Internamento, Bloco Operatório e consequentemente fornece apoio às práticas médicas e de enfermagem) (IGIF, 2002).

Este sistema encontra-se interligado a outros sistemas administrativos de apoio à Gestão, Contabilidade, Recursos Humanos, entre outros. Como objetivo do sistema, o IGIF (2002) considerou a criação de infraestruturas que englobam novas aplicações, tendo em conta as necessidades do hospital, de forma a garantir que os juízos desenvolvidos sejam adotados por novos componentes. O SONHO dispõe também de várias funções relacionadas com o Arquivo Clínico e com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) (IGIF, 2002).

Para possibilitar a partilha de informação entre o hospital e outras instituições de saúde (hospital/centro de saúde) foi desenvolvida a Rede de Informação da Saúde (RIS), sendo que nos Centros de Saúde a comunicação é feita através de outro sistema de informação, o Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS) (IGIF, 2002).

No que se reporta à atividade profissional dos enfermeiros, estão em uso diferentes sistemas de informação, apesar de uma larga maioria dos serviços de internamento hospitalar e unidades funcionais dos centros de saúde recorrerem ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). No quadro dos serviços de urgência hospitalar assiste-se a uma forte utilização de soluções desenvolvidas pela ALERT. Contudo, é um facto que o SAPE é o aplicativo mais utilizado pelos enfermeiros no seu quotidiano, para efeitos de documentarem os cuidados planeados e prestados aos clientes (Gomes, Paiva & Simões, 2009).

Em paralelo ao desenvolvimento do SAPE foi desenvolvido o Sistema de Apoio ao Médico (SAM). Os dois sistemas funcionam em simultâneo e coexistem juntamente com o SONHO e o SINUS, sendo que estes tratam-se essencialmente de sistemas de registo de atos clínicos/intervenções de enfermagem, para controlo de produção e emissão de faturação, mas não de gestão clínica.

A escolha do SAPE para o desenvolvimento do estudo deve-se ao facto de o mesmo estar a ser implementado a nível nacional, tanto na rede nacional de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) como na de Cuidados de Saúde Primários (CSP), e surgir atualmente como um fator problemático para alguns enfermeiros que o utilizam diariamente.

O SAPE é um sistema informático elaborado inicialmente com o nome de “ENFIN” (junção das palavras Enfermagem e Informática), através de um estudo elaborado pelo Enf. Abel Paiva e Silva, entre 2001 e 2006, na sua tese de doutoramento, pela Escola Superior de Enfermagem de São João no Porto. Esse estudo foi inserido e desenvolvido em três unidades de saúde (três hospitais diferentes) da região Norte do país tendo vindo ao longo do tempo a ser melhorado e adaptado para várias instituições de saúde do setor público e privado, tanto em hospitais como em centros de saúde.

Este mesmo sistema foi posteriormente adotado em 2002 pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), instituto esse já extinto, tendo sido substituído pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), ainda em vigor.

Utiliza sistema operativo UNIX e sistema Oracle de gerência de base de dados relacional (SGBDR), como todos os sistemas elaboradas pela antiga IGIF. A escolha do sistema UNIX deve-se ao fato de ser um sistema estável e que possibilita implementar mecanismos de segurança fiáveis. Por sua vez, o Oracle é um *software* que funciona sob qualquer plataforma UNIX, Windows e diversos sistemas operativos proprietários, o que facilita o processo de integração. O SAPE, tal como SAM, foi desenvolvido para *Web* (interface gráfico) e utiliza tecnologia *Wireless* (rede de comunicação sem fios). Tem ainda funcionalidade em computadores PDA (PalmTop) e em computadores pessoais, possibilitando a consulta e elaboração de registos por parte dos enfermeiros junto à unidade do doente (IGIF, 2002).

O objetivo do SAPE visa o tratamento e organização da informação que é introduzida pelos enfermeiros através das intervenções realizadas em cada turno. As suas funções, segundo Gomes *et al.*, (2009) são as de:

- Registrar/consultar os sintomas apresentados pelo utente;
- Consultar o plano de trabalho para a intervenção prevista num determinado contato, inclusa no programa das equipas de enfermagem;
- Registrar/consultar as intervenções de enfermagem com base no diagnóstico efetuado;
- Permitir o uso de linguagem natural – texto livre – para que a adequada descrição dos cuidados e necessidades dos clientes não fique limitada;
- Minimizar a duplicação de informação;
- Consultar/registar o plano de trabalho elaborado pelo sistema, com base na informação clínica nele inserida e, consultar as tabelas de parametrização e codificação da atividade de enfermagem, necessários à viabilização de indicadores relativos ao exercício profissional dos enfermeiros, visando a qualidade dos cuidados;
- Conter uma classificação de enfermagem, uma linguagem comum – a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) -, para efeitos da nomeação dos diagnósticos, intervenções autónomas e resultados de enfermagem;
- Promover a acessibilidade aos dados, à informação e ao conhecimento.

Recentemente o Ministério da Saúde reconhece que os SI's em funcionamento atualmente nas unidades de saúde encontram-se tecnologicamente desatualizadas o que se justifica pela crescente ausência de recursos humanos nas instituições com qualificação adequada para realizar as atualizações das aplicações informáticas. O mesmo se aplica ao SAPE uma vez que tem necessidade de atualização para a versão 1.0 da CIPE.

De forma a ser mais perceptível o funcionamento do SAPE, o seu aspeto enquanto sistema informático e a sua forma de utilização por parte dos enfermeiros, inclui-se em anexo ao estudo o **Manual de Utilizador do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem<sup>2</sup>**, elaborado com o apoio do Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A., manual esse que tem sido utilizado como ferramenta de apoio aos profissionais de enfermagem nos serviços que o SAPE está a ser implementado.

#### 1.6. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (*Internacional Classification of Nursing Practise – ICNP*), começou a ser desenvolvida pelo *Internacional Council of Nurses* em 1989, após a análise de vários sistemas de classificação existentes no momento.

A primeira classificação surgiu com Abdellah em 1959, com a identificação de 21 problemas de saúde dos doentes ou da respetiva família, classificando objetivos de enfermagem que deram origem a elaboração de currículos e práticas. Posteriormente Henderson (em 1966), com a criação de uma classificação por necessidades funcionais, a Classificação por Necessidades Humanas Básicas. Com o avanço dos conhecimentos de enfermagem optou-se pela ênfase na criação de classificações através da construção de diagnósticos de enfermagem, como a NANDA - Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem pela *North American Nursing Diagnosis Association*, em 1970, através de intervenções de enfermagem com a NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem, em 1992 e sob resultados de enfermagem com a NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem em 1997 (Johnson et al.,2005).

---

<sup>2</sup> Ver Anexo I – Documento elaborado no âmbito do Curso 1 a 6 da candidatura nº7 medida 2.4 do PO – Saúde XXI, pela equipa de formadores: Jorge Freixo, Conceição Alves, Sónia Costa e Victor Gonçalves

No entanto ao longo dos anos verificou-se que seria mais vantajosa a utilização de uma classificação única que integrasse em simultâneo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Daí resultou a criação da *Home Health Care Classification* (Saba, 1992), *Omaha Classification System* (Martin and Sheet, 1992) e a *International Classification of Nursing Practice* (ICN, 1993), traduzida para português como Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE (Johnson et al., 2005).

Desde 1991 até 1993 foi Randi Mortensen e Gunnar Nielsen que desenvolveram a arquitetura da CIPE. Inicialmente surgiu a versão *Alpha*, publicada em Dezembro de 1996, com uma versão mono axial de fenómenos de enfermagem e uma classificação multi axial de intervenções de enfermagem. Em seguida criou-se a versão *Beta* (lançada na Internet em 1997 como parte do projeto *Telenurse*) com uma arquitetura multi axial dos fenómenos de enfermagem e depois incluído os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, tendo em 1999, após aprovação em Londres, sido constituída a primeira versão completa da CIPE (com classificações de fenómenos, intervenções e resultados de enfermagem) (Silva, 2006).

Atualmente a CIPE conta já com 5 versões, sendo a última a CIPE 2.0., já traduzida para língua portuguesa, desde 6 Outubro de 2010.

Em termos de evolução entre as diferentes versões, foi aquando da passagem da versão *Beta 2* para a versão 1.0. Enquanto a versão *Beta 2* estava estruturada em duas classificações (Fenómenos e Ações de Enfermagem), com um total de dezasseis eixos, a CIPE versão 1.0 contém uma única estrutura de classificação, o Modelo de Sete Eixos:

- **Foco** - Área de atenção relevante para a Enfermagem;
- **Juízo** - Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem;
- **Recurso** - Forma ou método de concretizar uma intervenção;
- **Ação** - Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente;
- **Tempo** - O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência;
- **Localização** - Orientação anatómica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção;
- **Cliente** - Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção (ICN, 2005, p.29).





Figura 1 – Modelo de 7 Eixos - CIPE® versão 1.0

Para criar enunciados de diagnósticos, que posteriormente serão alvo de intervenções de enfermagem, é necessário incluir um termo do eixo do Foco e outro do eixo do Juízo. À luz da CIPE os fenómenos de Enfermagem são definidos segundo “Focos da Prática de Enfermagem”. Os focos são áreas de atenção da área de Enfermagem e o Juízo é uma opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem (ICN, 2000).

Com a utilização dos diferentes sistemas de classificação ao longo dos anos, os enfermeiros têm tomado consciência da necessidade de criação de uma linguagem universal na sua prática de enfermagem, evidenciando dessa forma os elementos que são parte integrante da sua prática (Nóbrega, 2000).

A CIPE surge tendo como missão, representar a Enfermagem mundialmente, desenvolver a profissão e influenciar as políticas de saúde (Internacional Council of Nurses – ICN, 2005).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007), a CIPE define-se como sendo:

(...) Um instrumento que permite a criação de uma linguagem de Enfermagem comum e unificada, facilitando o desenvolvimento e cruzamento de termos e terminologias utilizadas. A CIPE® faz parte de um sistema de informação global que reúne práticas e políticas de saúde a fim de melhorar mundialmente a prestação de cuidados aos doentes.

A CIPE possui algumas semelhanças com o Processo de Enfermagem, na medida em que ambos possuem a mesma estrutura. Assim, a CIPE é utilizada para representar Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e Resultados de Enfermagem (ICN, 2005).

Para Johnson et al. (2005) e ICN (2000), uma linguagem uniformizada tem várias finalidades, incluindo:

- Proporcionar uma linguagem para que os Enfermeiros comuniquem o que fazem entre si, com outros profissionais de saúde e com o público;
- Descrever os cuidados de Enfermagem de forma universal;
- Permitir a coleta e a análise de informações que documentem a contribuição da enfermagem no atendimento à pessoa;
- Permitir a comparação de dados de Enfermagem entre populações, locais, áreas geográficas e tempo;
- Facilitar a avaliação e a melhoria dos cuidados de Enfermagem;
- Permitir o desenvolvimento dos sistemas eletrónicos de informação clínica e do prontuário eletrónico das pessoas;
- Proporcionar informações para a formulação da política organizacional e pública concernente à assistência à saúde e de Enfermagem;
- Incentivar a investigação em enfermagem articulando dados disponibilizados por sistemas de informação em Enfermagem e saúde;
- Facilitar o ensino da tomada de decisão clínica para os estudantes de Enfermagem;
- Projetar tendências nas necessidades das pessoas, prestação de tratamentos de Enfermagem, utilização de recursos e resultados de cuidados de Enfermagem.

A necessidade de uma CIPE é motivada por vários fatores, incluindo o uso crescente de informação eletrónica nos contextos, a tendência para os registos eletrónicos em saúde e a necessidade de tecnologias que apoiem a prática baseada em evidência (ICN, 2005).

Relativamente às políticas de saúde, é importante salientar que o facto de existir uma linguagem comum beneficia os SIE. Isto porque, conforme preconizado pela Base XXX da Lei de Bases de Saúde, “o funcionamento do SNS está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa” (Base XXX da Lei

nº 48/90, de 24 de Agosto - Lei de bases da saúde, 1990, p. 3457), sendo colhida informação sobre a qualidade dos serviços. Assim, os SIE, bem como a CIPE, fornecem dados sob a mesma linguagem, acerca dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem, procurando estes ir ao encontro dos objetivos e indicadores das políticas de saúde, constituindo assim dados mensuráveis.

Posto isto, a CIPE é um instrumento de informação que descreve a prática de Enfermagem, fornecendo dados representativos dessa prática em sistemas de informação. É ainda um instrumento que pode dar visibilidade à prática de Enfermagem nos sistemas de informação de saúde e identificar o contributo da Enfermagem para os cuidados de saúde. Os dados podem ser utilizados para assegurar a qualidade ou promover mudanças na prática de Enfermagem por via do ensino, gestão, política e investigação.

A CIPE deverá ser abrangente o suficiente de forma a servir múltiplas finalidades requeridas pelos diferentes países, e ser sensível às diferentes culturas (ICN, 2000).

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros entende que o sistema de informação e os registos eletrónicos contemplem a utilização obrigatória de Classificações Internacionais, sendo recomendada a CIPE, que dá suporte à qualidade dos cuidados (OE, 2005).

A CIPE favorece a discussão e a reflexão dos Enfermeiros no que toca aos cuidados prestados, favorecendo assim a sua qualidade e constitui uma oportunidade de produzir ganhos em saúde centrados na qualidade de vida e não em taxas de mortalidade (Leal, 2006).

### **1.7. A utilização dos Sistemas de Informação em Saúde na Gestão Hospitalar**

Ao longo dos anos houve uma crescente evolução da rede nacional hospitalar, originando a união de vários hospitais em Centros Hospitalares, dando-se a empresarialização de grande percentagem de hospitais do SNS e à expansão das Unidades Locais de Saúde (sendo atualmente seis em todo o país) (Fernandes, Costa, Barros, Ivo & Mello, 2011b). Gera-se agora outra transformação ao nível da gestão organizacional das instituições de saúde sobre o impacto dos SIH na rede de cuidados de saúde e o seu real contributo para a população.

A introdução do setor informático na área da saúde ocorreu na década de 70, em hospitais da América do Norte, sendo um processo que necessitou de um longo período de desenvolvimento. Com a evolução mundial deste processo desencadeou um debate sobre o impacto dos SI's na saúde quanto ao custo, benefícios, no aumento da oferta, na melhoria da satisfação dos clientes, na melhoria da qualidade dos produtos e serviços, entre outros aspetos éticos e ideológicos.

Dada a competitividade das organizações de saúde pela prestação de cuidados de qualidade, as tomadas de decisões de gestão hospitalar dependem cada vez mais de informações fidedignas sobre os custos dos recursos utilizados diariamente na instituição. Caso as informações sobre os custos não sejam corretas pode induzir o gestor em erro causando prejuízos de dimensões alargadas para as instituições (Souza, 2008).

Tal como já mencionado, os SI's são por isso mesmo um instrumento imprescindível numa instituição hospitalar, capazes de receber dados diferenciais e transformá-los em informações importantes para sustentar o processo organizacional de todo o hospital (Souza, 2008).

As organizações de saúde têm por isso de ser geridas segundo uma estratégia e não apenas com a administração diária dos seus recursos (Lapão, 2005).

Um aspeto crítico de que devemos ter plena consciência é que não é possível aos SI trazerem valor para a organização de Saúde se o processo de desenvolvimento e implementação dos mesmos não contemplar os processos organizacionais utilizados pelos profissionais no dia-a-dia, i.e. o valor do SI não está no “software” mas sim no conhecimento das pessoas da organização (Lapão, 2010, p. 5).

Dada a complexidade de uma organização hospitalar, tanto a nível estrutural como a nível administrativo, a mesma dispõe de dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Lopes & Costa, 2007)

Uma administração hospitalar necessita de ser eficaz e eficiente, tendo em vista sempre o menor custo possível, sem nunca afetar a qualidade dos cuidados prestados nem a funcionalidade dos serviços, realizando desta forma o controle dos resultados das atividades

desempenhadas pela organização, sendo capaz no final de avaliar o seu desempenho (Souza, 2008).

Um correto Sistema de Informação Hospitalar (SIH) consegue melhorar a gestão da informação e a gestão organizacional, permitindo a integração com outros sistemas de informação externos pertencentes à rede de saúde (Lapão, 2005).

A informação obtida com os SIH tem de ser corretamente gerida, ajudando na produtividade, competitividade e desempenho geral da instituição. Essa informação irá transmitir aos gestores hospitalares dados qualitativos e quantitativos sobre os serviços realizados (Lopes & Costa, 2007).

Entre esses benefícios, podemos encontrar, uma melhoria dos acessos, precisão e velocidade de informação, menor tempo na procura de documentos, garantia de informação em tempo útil, controle de acessos a documentos sensíveis, melhoria na tomada de decisão no tempo certo com os documentos necessários (Valentim, 2000).

Para o mesmo autor, inserir na estratégia organizacional os SI, tendo em conta a sua gestão eficaz/eficiente, resultará na criação de valor acrescentado e vantagens competitivas para a organização de saúde. A gestão moderna, exige que a tomada de decisão seja feita com o máximo de informação. Quanto mais global e estruturado for o SI, mais flexível poderá ser essa organização, na medida em que vai atuar sob a forma de análise da organização e seus sistemas envolventes, vai funcionar como um instrumento de mudança estratégica na estrutura organizacional, colocando novos desafios e exigindo a utilização de novas metodologias com a presença das TIC, na medida em que estas constituem um potencial de desenvolvimento para as organizações.

Com a informação obtida os gestores avaliam a necessidade de novos investimentos na modernização de espaços físicos, a aquisição de novos equipamentos médicos e a qualificação e formação dos profissionais de saúde da instituição. Com estas ações garantem a confiança e preferência das pessoas que a utilizam, obtendo ganhos para a saúde.

Uma vez que os SIE fazem parte do grupo de SIH pertencentes nas instituições de saúde portuguesas os mesmos também podem “ (...) possibilitar a gestão da informação (...) e a produção de conhecimento.” (OE, 2007, p. 1). Acima de tudo um SIE, como qualquer SIH, têm como objetivo apoiar a tomada de decisão, gerando informação a todos os níveis de gestão hospital, acrescentando valor acrescentado à organização.

Atualmente nos hospitais portugueses coexistem várias aplicações/SIH que geram informação sobre algumas especialidades e técnicas, associando episódios e atos clínicos, embora não tenham ainda uma visão global do doente.

No entanto a informação recolhida pelo SIE deverá ser organizada, para ajudar nas decisões dos gestores e administradores das unidades de saúde, tentando responder a objetivos gerais de gestão e posteriormente a objetivos secundários (na sequência dos anteriores). Para que o mesmo seja possível há necessidade de cada instituição criar (consoante as suas necessidades organizacionais e as necessidades da população que dá resposta) indicadores de controlo de qualidade. Esses mesmos indicadores irão servir de linha orientadora para áreas que a instituição possa ter de melhorar para alcançar melhores resultados, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Toromanovic, Hasanovic e Masic (2010, p. 168-169) os indicadores dos SIE devem pressupor:

- A evolução dos cuidados;
- Existência de um plano de trabalho;
- Avaliação da carga de trabalho, tendo em conta uma visão prospectiva e retrospectiva;
- Gestão de recursos humanos;
- Registo de intervenções de enfermagem;
- Identificação e gestão dos custos tendo em conta as intervenções de enfermagem;
- Administração de terapêutica;
- Controlo do *stock* de material;
- Informação dos resultados obtidos com as intervenções realizadas;
- Análise da satisfação dos doentes, queixas e acidentes ocorridos;
- A capacidade de receber e transferir informação entre organizações de saúde diferentes.

A aplicação dos indicadores de qualidade escolhidos para cada instituição de saúde, pressupõe a sua avaliação, antes e depois da sua implementação. Essa avaliação dá origem à criação de “cadernos de encargos”/projectos de desenvolvimento ou aquisição de SI, que detalhem como a informação do doente será integrada com as normas de orientação clínica, como será pesquisável e como será integrada com outros SI.” (Espanha & Fonseca, 2010, p.29).

No entanto, é usual que se encontre muito enraizada a funcionalidade burocrática e administrativa dos SI's, ao invés da sua utilização na área da gestão hospitalar. Os profissionais de saúde ainda não interiorizaram o fato de o tempo despendido nos registos não é por si só uma perda de tempo nos cuidados, mas pode ser uma ferramenta para um maior controlo das práticas e horários dos profissionais (Espanha & Fonseca, 2010).

Os SI, onde estão incluídos os SIE, têm de possuir uma arquitetura de fácil compreensão, que facilite e agilize os registos, de forma a minimizar os danos provocados pela sua implementação nas suas funções diárias. Cabe posteriormente à gestão organizacional, Ordens Profissionais e às chefias (Diretores Hospitalares, Diretores Clínicos, Diretores de Enfermagem, entre outros) qualificar os profissionais de saúde para se encontrarem aptos para a utilização dos SIH, desenvolverem espírito crítico e motivador sobre o tema, gerando uma mudança organizacional favorável a um crescimento sustentável da instituição (Espanha & Fonseca, 2010).

Como benefício principal para a organização será, mais uma vez, satisfação no trabalho, motivação profissional, melhor desempenho, maior produtividade, diminuição de despesa, satisfação das pessoas que utilizam o serviço de saúde, pressão nas políticas de gestão públicas no âmbito da qualidade dos cuidados, aposta na prevenção da doença e acréscimo de qualidade de saúde na população portuguesa.

“Ao nível da gestão política da saúde, cidadãos cada vez mais informados e conhecedores dos seus direitos pressionam os decisores políticos no sentido de se encontrarem respostas mais prontas e de maior qualidade”. (Espanha & Fonseca, 2010, p.4, citando Simões, 2004).

Dada a atual instabilidade financeira do país, que afeta o sector da saúde, destaca-se que uma das causas seja a modernização tecnológica e o aumento demográfico da população, uma vez que os custos com a saúde tem aumentado, devido à percentagem

elevada (e com tendência para aumentar) de população envelhecida no país (maiores custos e pouco retorno em termos de contribuição de impostos pagos ao Estado) (Fernandes, et al., 2011b).

Constata-se que não são utilizados dados epidemiológicos e de gestão sobre a população de forma a elaborar planos estratégicos de atuação, não ocorrendo um planeamento atempado da oferta de cuidados (principalmente cuidados de saúde primários). Esta falha de utilização de informação poderia ser evitada caso as reformas e políticas para a saúde fossem avaliadas e responsabilizadas frequentemente, não sofrendo atualizações e novos ajustamentos (Fernandes, et al., 2011b).

Existe ainda um défice no que respeita ao incentivo aos profissionais de saúde pelo seu desempenho profissional, o que pode prejudicar a adesão a novas mudanças organizacionais, nomeadamente a inclusão de novos SIH, o que irá prejudicar diretamente a qualidade dos registos elaborados (menos tempo e dedicação na utilização dos sistemas). Todo este aspeto se relaciona com a falta de financiamento hospitalar e a sua melhor distribuição, considerando aspetos como a assimetria de recursos em relação às zonas geográficas do país e o pagamento de financiamentos com base em resultados das organizações de saúde. Mais uma vez, tudo o que foi mencionado se encontra intrinsecamente ligado à conjuntura político-económica do país nos dias de hoje (Fernandes, et al., 2011b).

Assumindo o Estado um papel de acionista, regulador e financiador de uma mesma organização de saúde, gera muitas vezes problemas no próprio modelo organizacional de gestão, originando disfuncionalidade operacional da instituição. Existem várias empresas a regular o setor embora não tenham sempre a mesma visão sobre os problemas. Um dos exemplos é a falta de um correto planeamento e gestão adequada dos recursos humanos numa organização de saúde. Existe uma distribuição ineficaz dos mesmos pelas necessidades de cada instituição o que vai agravar as ineficiências na área, comprometendo o atendimento à população e a qualidade dos cuidados (Fernandes, et al., 2011b).

Fora todos os problemas relatados, que comprometem a gestão hospitalar em Portugal, Fernandes et al. (2011b, p. 7) refere ainda no seu relatório, que existe falta de informação com qualidade, sendo que a prioridade “(...) mais do que uma estratégia de



sistemas de informação, é necessária uma estratégia de informação, que identifique as necessidades de informação para cada um dos *stakeholders* da saúde, sejam estes prestadores, pagadores ou reguladores, de forma a evitar duplicação de esforços e custos elevados.”.

Perante a identificação dos problemas, o relatório supra-citado acima, enumera desafios para o setor da Saúde, nomeadamente na área da gestão hospitalar e o impacto dos SIH:

- Criar uma equipa de profissionais responsável pela avaliação do papel das novas tecnologias em saúde, identificando o valor acrescentado das mesmas e as vantagens da sua inclusão nos serviços do SNS, tendo em conta quais as condições e a que preço máximo;
- Desenvolver os sistemas de informação clínica e de gestão (tanto a nível local como central), assim como os sistemas para o desempenho do papel de acionista e de financiador;
- Proporcionar informação útil para a investigação clínica e para a monitorização e a avaliação de resultados, facilitando a partilha de dados entre os diferentes profissionais e o estudo de casos clínicos, podendo ser útil no ajuste de terapêutica, em qualquer momento e local;
- A interação dos cidadãos com os SIH e com o recente Registo de Saúde Eletrónico, criando a sua própria informação (p.e. exames, resultados clínicos, informação sobre a gestão doença e monitorização clínica realizada no domicílio).

Estas medidas iriam gerar mais informação para os prestadores de cuidados, gestores organizacionais e o próprio Ministério da Saúde, tendo um impacto enorme na redução de custos com a saúde.

A existência da prescrição eletrónica, proporciona também a visualização das varias prescrições anteriores, pelos diferentes prescritores e quais as entidades de saúde prescritoras. Evita-se ainda o erro de reação adversa entre medicamentos, uma vez que o sistema deteta intercorrências entre eles.

Este sistema possibilita ainda o controlo de faturas sobre as prescrições efetuadas, sendo um instrumento para o controlo de fraude (Fernandes, et al., 2011b).

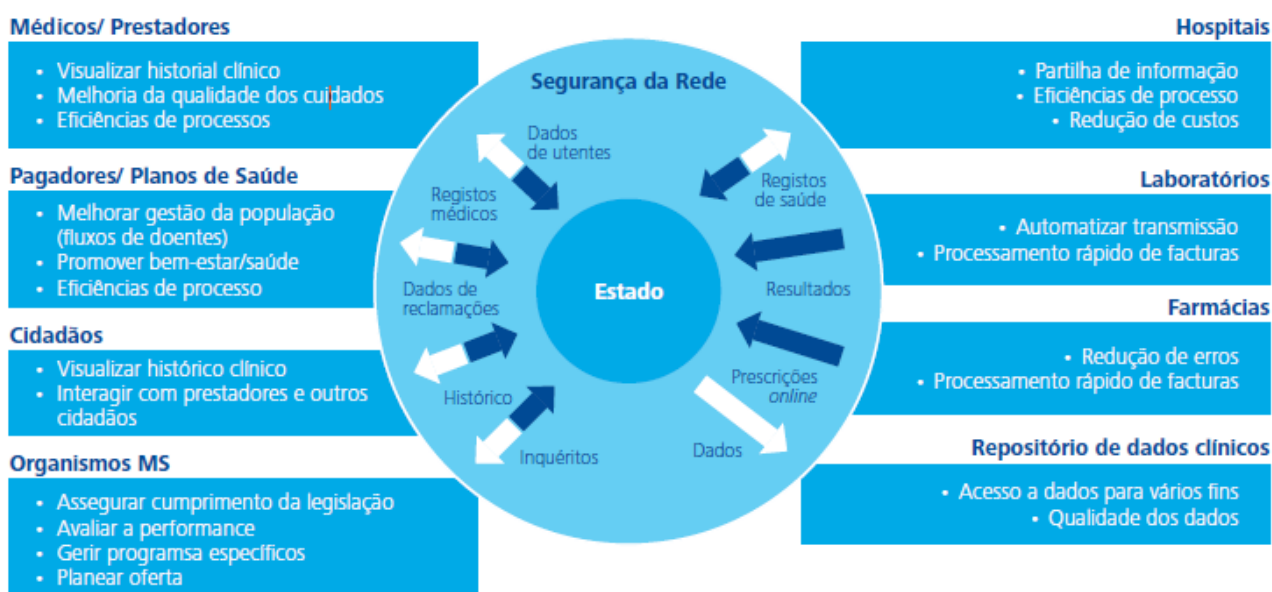


Figura 2 - Modelo de partilha de informação clínica (Fernandes, et al., 2011b, p. 97).

Tendo em análise que os enfermeiros são a grande percentagem de trabalhadores nos hospitais públicos e privados portugueses, são por esse motivo uma classe profissional a ter em consideração quando analisada a gestão organizacional de uma determinada instituição de saúde.

Atualmente a profissão de enfermagem dispõe de vários instrumentos para contribuir e aumentar a visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados à população expondo o contributo para a administração das instituições de saúde. Um dos principais instrumentos, que tem sido abordado ao longo deste trabalho de investigação é o SIE, nomeadamente o SAPE (uma vez que inclui o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem - RMDE) (Aleixo, 2009).

No entanto estes sistemas já em uso, na maioria dos serviços são quase usados exclusivamente para fins de gestão institucional, não se investindo na descoberta de conhecimentos de enfermagem sobre gestão e desenvolvimento dos recursos de enfermagem e seus efeitos nos resultados nos utentes (Aleixo, 2009).

Através do SAPE, com a utilização crítica da CIPE, pode-se extrair informação objetiva sendo possível o seu tratamento estatístico (originando dados epidemiológicos). Tal como já mencionado os dados obtidos serão por sua vez uteis na gestão de cuidados, tornando visível o impacto dos enfermeiros nos resultados obtidos através do SIE, ou seja, identificando quais os dados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Aleixo, 2009).

Segundo o relatório de Análise à Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE (Gomes, Paiva & Simões, 2009, p. 2), destacam-se as macro-funcionalidades que se perspetiva que existam nos SIH para que os mesmos ofereçam uma correta gestão clínica das organizações:

- **Gestão de Utentes** – permite o registo e pesquisa do utente e da sua visita;
- **Gestão de Agendas e Marcações** – permite registar e anular marcações de actos clínicos, associando um utente ao acto agendado;
- **Processo Clínico Electrónico** – permite o registo, consulta e pesquisa do conjunto de informação clínica (médica ou de enfermagem) resultante da prestação de cuidados de saúde a um determinado utente;
- **Prescrição Electrónica** – permite a prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- **Estatísticas** – permite analisar indicadores sobre a actividade clínica desenvolvida.

Através do SAPE a organização consegue gerir melhor as funções dos enfermeiros, extraíndo conhecimento através da informação produzida pelo sistema e desenvolvendo-se indicadores de qualidade que podem ser utilizados para melhorar os cuidados prestados nessa mesma instituição.

Como exemplos de indicadores que possam ser utilizados, no Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Malato, 2011, p. 12) foram apresentados projetos, após análise das respostas dos participantes e agrupados por áreas temáticas, alguns dos indicadores mais expressivos e passíveis de serem extraídos dos SIE, sendo eles:

- Prevenção de úlceras de pressão;
- Prevenção de quedas;
- Avaliação e interpretação da dor;
- Organização/melhoria dos registos de enfermagem;
- Reorganização dos cuidados de enfermagem;
- Satisfação do cliente;
- Educação para a saúde da pessoa com diabetes;

- Envolvimento do convivente significativo nos cuidados;
- Implementação dos registos em SIE;
- Promoção do aleitamento materno;
- Prevenção da obesidade infantil;
- Prevenção de infeções no acesso venoso.

No entanto, tal como identificado por Gomes et al. (2009) a adesão ao SAPE (e SAM) às organizações de saúde, tem sofrido uma quebra na quota do mercado. Tal situação pode ser justificada pela desatualização tecnológica que impede a esses mesmos sistemas de competirem igualmente com outros sistemas que vão surgindo cada vez mais no mercado. Esses mesmos sistemas concorrentes já captaram 10% do mercado, embora o SAPE seja distribuído gratuitamente às unidades de saúde. As mesmas procuram soluções com custos acrescidos no sentido de darem resposta operacional significativa às suas instituições. Este processo não se tem desenvolvido mais rapidamente, dado o esforço da decisão política de certas Administrações Regionais de Saúde, tentando contrariar a tendência (Gomes, et al., 2009).

É essencial que os sistemas já existentes sejam reestruturados e atualizados às necessidades das diferentes instituições de saúde e às dos diferentes profissionais de saúde, adaptando-se às metas definidas pelo Ministério da Saúde, relacionadas com as necessidades dos cidadãos e à real situação epidemiológica, social, cultural, económica e política do país.

Apenas dessa forma se diminuem custos e recursos, aplicando os mesmos na prevenção da doença e aumento da qualidade em saúde.

## 2. MODELO DE ANÁLISE CONCEPTUAL

Após a abordagem à problemática do tema, o estudo centra-se em determinados conceitos-chave, destacando-se a Nova Gestão Pública, Sistemas de Informação e Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Com a construção do diagrama (Figura 3) que se segue, foram identificadas as ligações entre os mesmos, as suas dimensões e indicadores de cada um deles, em particular do SAPE.

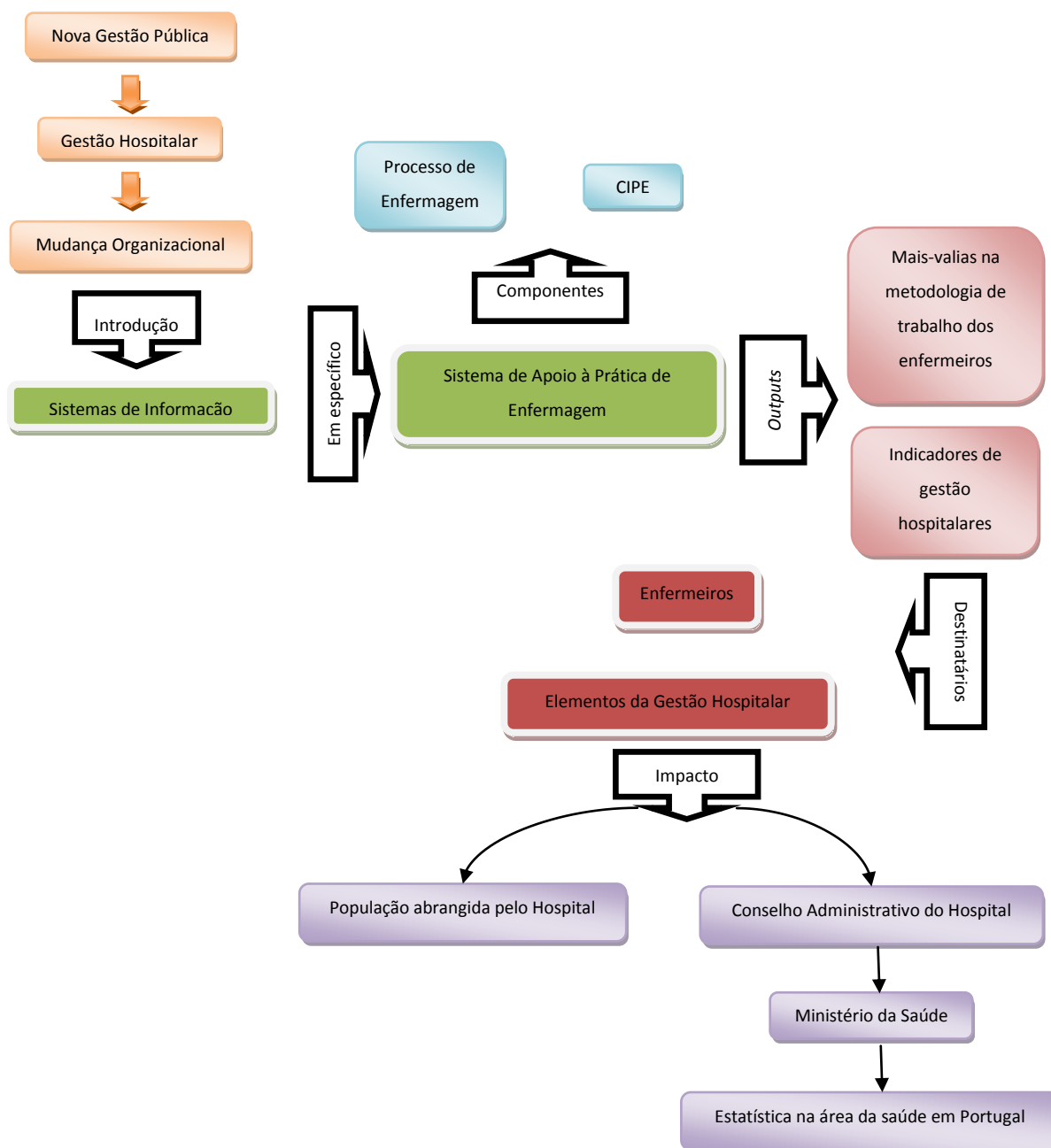


Figura 3 – Diagrama Conceptual (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

A definição dos conceitos-chave já mencionados foi feita ao longo do enquadramento teórico já apresentado. No diagrama conceptual faz-se, de forma sucinta, a ligação entre os conceitos e o mecanismo de estrutura de todo o trabalho, desde a identificação da importância do modelo da Nova Gestão Pública (*New Public Management*) para a reforma no Sistema Nacional de Saúde Português e consequente alteração da gestão hospitalar (hospitais transformados em empresas). Com a reforma do SNS há uma introdução e desenvolvimento crescente das TIC na área da saúde, surge o conceito do *ehealth* e surgem os diversos Sistemas de Informação, nomeadamente em contexto hospitalar.

Como já foi mencionado na problemática e escolha do tema, optou-se pelo estudo apenas de um desses sistemas, o SAPE, e pretende-se identificar e estudar os *outputs* do mesmo, qual o valor acrescentado para a instituição que o utiliza, para os próprios profissionais de saúde (enfermeiros) e para a população em geral. Em conclusão qual a mais-valia do SAPE para a gestão organizacional do hospital, para os enfermeiros, para a população abrangida pela instituição e se é utilizado como recurso estatístico na área da saúde em Portugal.

### 3. FASE METODOLÓGICA

Na fase metodológica, são determinados os métodos utilizados para obter respostas às questões de investigação estabelecidas ou às hipóteses formuladas. A metodologia é definida assim como “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica. Também, secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.” (Fortin, 2000, p. 19).

A abordagem metodológica tem por isso como objetivo o confronto da teoria com os dados reais obtidos

Neste capítulo, é abordado o método do estudo, o tipo de estudo escolhido, os métodos de colheita de dados e de análise dos mesmos, sendo fundamentadas as razões da sua escolha. São ainda considerados os aspetos éticos da investigação, qual o tratamento dos dados realizado e os recursos utilizados.

#### 3.1. Questão, Objetivos e Hipóteses da Investigação

**Tema:** Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE

**Problemática:** O impacto dos sistemas de informação na gestão hospitalar

**Questão de Investigação:** Qual o valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo?

**Objetivo geral:** Identificar o valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

**Objetivos específicos:**

*Objetivo 1:* Identificar se o SAPE fornece outputs passíveis de serem utilizados como indicadores de gestão hospitalar.

*Objetivo 2:* Identificar qual a opinião dos Enfermeiros Chefes, sobre a relação do SAPE com o atual funcionamento organizacional do Hospital X e se o mesmo produz outputs com valor acrescentado para a instituição.

*Objetivo 3:* Identificar qual a opinião dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, sobre a avaliação geral do SAPE no Hospital X e sobre o contributo do mesmo para o seu trabalho.

*Objetivo 4:* Identificar qual a opinião dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, sobre a relação do mesmo com o atual funcionamento organizacional do Hospital X.

*Objetivo 5:* Comparar a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função do género dos mesmos.

*Objetivo 6:* Comparar a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função das habilitações académicas dos mesmos.

*Objetivo 7:* Comparar a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função da sua categoria profissional.

*Objetivo 8:* Comparar a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função dos conhecimentos informáticos que possuem.

*Objetivo 9:* Identificar qual a relação existente entre a experiência profissional e a apreciação do SAPE por parte dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

De acordo com estes objetivos enumeraram-se as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1:** Os outputs gerados pelo SAPE traduzem-se em indicadores de gestão hospitalar

**Hipótese 2:** Os Enfermeiros Chefes consideram que o SAPE é uma mais-valia para o funcionamento organizacional do Hospital X, considerando os *outputs* fornecidos pelo mesmo, como informação de valor acrescentado para a gestão hospitalar.

**Hipótese 3:** Os Enfermeiros de Cuidados Gerais do Hospital X consideram o SAPE como um contributo de valor acrescentado para o seu trabalho, indicando uma avaliação geral positiva do sistema.

**Hipótese 4:** Os Enfermeiros de Cuidados Gerais consideram que o SAPE é uma mais-valia para o funcionamento organizacional do Hospital X.

**Hipótese 5:** A apreciação do SAPE varia em função do género dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.



**Hipótese 6:** A apreciação do SAPE varia em função das habilitações académicas dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

**Hipótese 7:** A apreciação do SAPE varia em função da categoria profissional dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

**Hipótese 8:** A apreciação do SAPE varia em função dos conhecimentos informáticos dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

**Hipótese 9:** A relação entre a experiência profissional e a apreciação do SAPE, por parte dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, é significativa.

### 3.2. Desenho do Estudo

O desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador de forma a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. Para além deste objetivo, o desenho de estudo precisa a forma de analisar e colher dados, assegurando o controlo das suas potenciais fontes de enviesamento.

Através da definição do desenho, é possível isolar as variáveis importantes, das restantes, e medi-las com precisão, garantindo-se a credibilidade dos dados. O controlo é assim uma característica essencial do desenho de investigação (Fortin, 2000).

O desenho de investigação pode ser definido também como um conjunto de diretivas associadas ao tipo de estudo escolhido, sendo necessário identificá-lo inicialmente, para se poder definir os componentes do desenho e definir-se o método de investigação (Fortin, 2000).

Os principais elementos presentes num desenho de investigação são: o meio onde o estudo será realizado, a população alvo e o tamanho da amostra, o tipo de estudo, as estratégias utilizadas pelo investigador para controlar as variáveis estranhas, os instrumentos de colheita de dados e os instrumentos de tratamento dos dados (Fortin, 2000). O desenho de investigação deste estudo é assim constituído por metodologia de investigação, tipo de estudo, meio e tempos, métodos e instrumentos de colheita de dados, aspetos éticos, tratamento de dados e recursos utilizados.

### 3.2.1. Metodologia de Investigação

Para se poder fundamentar a escolha do método de estudo, optou-se por inicialmente se caracterizar ambos os métodos existentes, ou seja, o método quantitativo e o método qualitativo.

Como método de investigação quantitativa descreve-se o “processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseada na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador (...). A objectividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.” (Fortin, 2000, p. 22).

Por outro lado, o método de investigação qualitativo tem como objetivo “contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos.” (Fortin, 2000, p. 22).

Após estas definições podemos concluir que o método de investigação utilizado no estudo é o **método misto**, uma vez que engloba o método qualitativo e quantitativo, na mesma investigação, integrando uma visão mais construtiva e interpretativa com a utilização do método qualitativo e por outro lado uma visão empirista com o recurso ao método quantitativo. Pretende-se com esta metodologia analisar termos em profundidade e simultaneamente realizar análises comparativas entre os mesmos.

De certo modo objetiva-se uma complementaridade de informação, através da utilização das duas metodologias, que de forma isolada não seria possível de ser alcançado.

### 3.2.2. Tipo de Estudo

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação que visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.” (Fortin, 2000, p. 133). A questão de investigação é o que irá determinar qual o tipo de estudo apropriado à investigação que irá ser realizada. Como estudos descritivos caracterizam-se os estudos que têm como objetivo a

descrição de dados, sob diversas formas (palavras, números ou enunciados descritivos) e a relações entre variáveis (Fortin, 2000).

Na primeira fase do estudo, através do método qualitativo utilizou-se um estudo do tipo exploratório-descritivo (estudos nível I), uma vez que se pretendeu identificar e descrever conceitos/variáveis, tendo em conta a análise de respostas abertas de um questionário, não se conhecendo *a posteriori* quais os conceitos que iriam ser mencionados. Numa segunda fase, através do método quantitativo, utilizou-se o estudo do tipo explicativo correlacional (nível II), onde se pretendeu explicar as variáveis e as relações identificadas entre elas.

Resumidamente trata-se de um estudo observacional, uma vez que não existe manipulação do investigador sobre o objeto em estudo e é transversal porque foi realizado num só período de tempo.

### 3.2.3. Meio do Estudo

Segundo Fortin (2000), o meio corresponde ao local onde se realiza o estudo, podendo este ser dentro de um local controlado, como por exemplo os laboratórios, ou fora de locais controlados, sendo assim designado de meio natural. Cabe ao investigador definir o meio onde o estudo se irá desenrolar, justificando a sua escolha. No estudo em causa o meio em que se desenrolará, é o meio natural, não sofrendo o mesmo nenhum tipo de controlo por parte dos investigadores.

Em termos de espaço físico, foi utilizado um único Hospital, localizado na área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo, como local de entrega e recolha do instrumento de colheita de dados (questionários) e onde se recolheram informações importantes para o estudo (dados da instituição, estatísticas, etc.). Para além desse espaço foram utilizados diversos locais para a análise dos dados obtidos e para a pesquisa bibliográfica, encontrando-se esses mesmos locais restritos à região de Lisboa e Vale do Tejo, entre eles bibliotecas, o ISCTP, entre outros locais de estudo.

#### 3.2.4. Tempo Despendido

Para o cálculo do tempo despendido na elaboração da dissertação de mestrado foi realizado um Cronograma temporal com a previsão da duração de cada etapa da investigação.

Contudo, entre a construção do projeto de investigação e o finalizar da dissertação esse mesmo cronograma teve de ser constantemente adaptado, tendo atualmente uma disposição completamente diferente, devido a várias adversidades durante o ano que se seguiu à elaboração do estudo. Como principal objetivo do cronograma, destaca-se a orientação do trabalho desenvolvido pelo investigador, de forma a cumprir os prazos estabelecidos previamente pela instituição de ensino.

O cronograma serve de base ao desenvolvimento do trabalho, fazendo a previsão do tempo necessário para a elaboração de cada fase do estudo. Como etapas constituintes da elaboração deste trabalho destaca-se a proposta de tema, a pesquisa bibliográfica para a elaboração do enquadramento teórico, a construção do desenho do estudo e os seus constituintes, a realização do instrumento de colheita de dados e a sua aplicação, o tratamento dos dados obtidos, a elaboração da análise e discussão de resultados e a elaboração da dissertação final do trabalho de investigação. Este mesmo Cronograma<sup>3</sup> encontra-se em apêndice, com as datas da realização das várias partes da investigação e da dissertação final de mestrado.

#### 3.2.5. População e Amostra

Como requisito fundamental a qualquer investigação, surge a definição da população que se pretende estudar face à problemática em estudo. Como População, podemos definir como sendo um conjunto de elementos que têm em conjunto determinadas características das quais se pretende produzir conclusões, isto é, um conjunto de sujeitos que partilham características comuns, e que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente

---

<sup>3</sup> O Cronograma pode ser consultado no Apêndice I – Cronograma da Investigação

e para os quais se deseja fazer generalizações, a fim de especificar o grupo que serve de base à pesquisa que se pretende efetuar. População é designada como o universo de estudo.

Como população do estudo optou-se por se escolher a classe profissional dos Enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar e que utilizam o SAPE no seu local de trabalho. Em termos de população-alvo selecionaram-se apenas os Enfermeiros a desempenhar funções num determinado Hospital da área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo.

A escolha desta população em específico prendeu-se com o fato deste hospital ter adotado o SAPE, há vários anos e ser uma ferramenta de trabalho à qual os Enfermeiros já estão familiarizados. Desta forma conseguem mais facilmente identificar quais os fatores mais e menos positivos do sistema e a sua contribuição para a instituição que trabalham.

No estudo coexistem dois tipos de população-alvo, duas amostragens e consequentemente duas amostras. Para o Questionário A a população-alvo centrou-se nos Enfermeiros Chefes da instituição já mencionada e para o Questionário B a população-alvo escolhida foram os Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Para a amostragem, houve a participação voluntária dos Enfermeiros dos serviços de Medicina I e II, Cirurgia I e II e Infeciologia, do Hospital referido, uma vez que são os serviços em que o SAPE está implementado há mais tempo na instituição. Como amostragem foi então definido um número de 103 participantes, dividindo-se em 3 Enfermeiros Chefes e 100 Enfermeiros de Cuidados Gerais.

### 3.2.6. Método e Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (2000, p. 239) a colheita de dados define-se como sendo “o processo de observação, de medida e de consignação de dados, visando recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”.

Como técnicas mais comuns destacam-se as entrevistas, grupos de foco, narrativa escrita, salas de conversação, observação participante e as notas de campo.

Na investigação realizada o método utilizado foi o questionário, através da aplicação de dois questionários diferentes de autopreenchimento.

Esses mesmos questionários foram elaborados pelo investigador com base em pesquisa bibliográfica sobre o tema e após a análise de outros questionários sobre temáticas semelhantes. Foram denominados durante o presente estudo como Questionário A – Enfermeiros Chefes e Questionário B – Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Os dois questionários diferem um do outro pela presença de perguntas de resposta aberta. No Questionário A (destinado aos Enfermeiros Chefes), constituído por 3 Grupos, foi elaborada o **Grupo I**, com a caracterização da amostra, composta por 5 questões de pergunta fechada (Género, Idade, Habilitações Literárias, Categoria Profissional e Tempo de Exercício Profissional) e o **Grupo II**, com uma questão sobre os Sistemas de Informação (Frequência de Utilização do SAPE) e o **Grupo III** sobre a gestão hospitalar, composta por 5 questões, 2 delas de resposta fechada e 3 de resposta aberta de desenvolvimento.

O Questionário B foi estruturado em 5 Grupos, sendo eles, **I-Characterização da amostra**, com 5 questões de resposta fechada, **II-Sistemas de Informação**, com 7 questões de resposta fechada e uma questão de resposta aberta sem desenvolvimento, **III-Contributo do SAPE no local de trabalho**, com 8 questões de resposta fechada, **IV-Avaliação Geral do SAPE**, com 8 questões de resposta fechada e **V-Mais-valias do SAPE para a instituição**, com 20 questões de resposta fechada.

Fazendo uma breve descrição, no Questionário A, destinado apenas aos Enfermeiros Chefes, o Grupo I é idêntico ao Grupo I do Questionário B, em que caracteriza a amostra em termos sociodemográficos e profissionais. O **Grupo II** pretende concluir a frequência de utilização do SAPE pelos Enfermeiros e por último o **Grupo III** pretende identificar se o SAPE fornece outputs à instituição de saúde em causa e se sim quais são, identificando-os. Para além disso, através da última questão pretende-se que sejam mencionadas as mais-valias do SAPE para a instituição em termos de gestão hospitalar.

No Questionário B para além do **Grupo I** e a primeira pergunta do **Grupo II**, idênticos ao primeiro questionário, foram avaliadas, ainda no **Grupo II**, as variáveis: Conhecimentos de Informática, Formação SAPE, Formação SAPE Suficiente, Tempo decorrido entre a Formação e Apresentação no Serviço, Tempo de Utilização do SAPE e Conhecimento de outros SI. Foram ainda desenvolvidos mais 3 grupos, sendo eles o **Grupo III-Contributo do SAPE no local de trabalho**, **IV-Avaliação Geral do SAPE** e **V-Mais-valias do SAPE para a instituição**, utilizando-se nestes 3 grupos escalas tipo Likert, com valores entre 1 a 5, em que

no **Grupo III** se classificou: 1-Nunca; 2-Raramente; 3-Às Vezes; 4-Muitas Vezes; 5-Sempre, e no **Grupo IV e V** com: 1-Muito Mau; 2-Mau; 3-Razoável; 4-Bom; 5-Muito Bom.

Estes mesmos questionários (Questionário A e B) após serem elaborados foram testados através de um pré-teste por três enfermeiros, sendo que apenas dois deles utilizam o SAPE diariamente nas suas funções e o restante desconhece por completo o sistema. Nenhum deles participou no preenchimento de nenhum questionário final e nenhum deles está incluído na amostragem da presente investigação (dois deles fazem parte do mesmo hospital, embora trabalhem noutros serviços onde não foi entregue nenhum questionário e um enfermeiro trabalha noutro hospital).

Após o pré-teste os questionários foram considerados aptos para a investigação e posteriormente entregues aos respetivos Enfermeiros Chefes de cada serviço, todos no interior de envelope fechado, distinguindo-se na altura qual o questionário para o Enfermeiro Chefe preencher e qual o envelope com os restantes para a equipa de Enfermagem, para que não existissem erros de preenchimento pelos diferentes participantes.

Estabeleceu-se o prazo de 1 mês para o preenchimento dos questionários pelos vários serviços e findo esse prazo procedeu-se à recolha dos mesmos, junto dos respetivos Enfermeiros Chefes.

### 3.2.7. Aspetos Éticos

O trabalho de investigação apresentado foi submetido a um projeto prévio, aprovado pelo Conselho Científico do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Para se proceder à recolha de informação na instituição escolhida (Hospital localizado na área de Lisboa e Vale do Tejo) elaboraram-se três pedidos de autorização de realização do estudo que foram entregues ao Conselho de Administração, endereçados ao Presidente do Conselho de Administração, à Diretora Clínica e à Enf<sup>a</sup> Diretora do Hospital que foram posteriormente assinados e autorizados. Foi ainda autorizado pela Comissão de Ética da instituição, após a reformulação do Consentimento Informado (entregue juntamente com cada questionário) e após a obtenção por parte da investigadora, da autorização dos

Diretores de Serviço (Diretores Clínicos e Enfermeiros Chefes) para a realização do estudo nos serviços escolhidos (Medicina I e II, Cirurgia I e II e Infeciologia).

Todas as autorizações mencionadas foram entregues presencialmente ou por *e-mail*, uma vez que se estabeleceu um contato frequente com o Centro de Formação e Investigação do Hospital e podem ser consultadas em Anexo<sup>4</sup>.

Em todos os questionários entregues, foi dada simultaneamente uma folha de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Questionário de Investigação, onde foi feito um breve esclarecimento do âmbito do estudo, quais os serviços abrangidos, regras de preenchimento, esclarecimento sobre a possibilidade de desistência da participação no estudo, em qualquer altura, sem prejuízo para o participante e a garantia de confidencialidade e anonimato.

Todas as folhas de Consentimento Informado foram separadas dos questionários, uma vez que se encontravam assinadas pelos participantes, de forma a não ser possível a sua identificação no estudo. Em alguns serviços essa mesma separação foi feita pelos Enfermeiros Chefes antes mesmo da recolha final dos questionários pelo investigador.

Tal como mencionado no Consentimento Informado, toda e qualquer informação recolhida e analisada no estudo, tanto através dos questionários como informação obtida informalmente através dos participantes, será de uso único e exclusivo da presente investigação, salvaguardando a sua total confidencialidade.

### 3.2.8. Tratamento de Dados

Tendo em conta que o estudo utilizou dois tipos de questionários diferentes, com dois tipos diferentes de amostra (Enfermeiros Chefes e Enfermeiros de Cuidados Gerais), em que no primeiro foram utilizadas perguntas de resposta aberta para desenvolvimento e no segundo respostas fechadas com escalas de opinião tipo Likert, houve a necessidade de dois tipos de tratamento de dados. No primeiro questionário fez-se a apresentação dos dados referentes à caracterização da amostra e posteriormente utilizou-se para tratamento de dados a Análise de Conteúdo.

---

<sup>4</sup> Ver Anexo II - Pedidos de autorização para realização da investigação



No segundo questionário recorreu-se ao processamento dos dados informaticamente, recorrendo-se posteriormente à análise estatística através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para *Windows*.

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta, o coeficiente de correlação momento-produto de *Pearson*, o teste *t-student* para uma amostra (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE com um valor teórico), o teste *t-student* para amostras independentes (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE em duas amostras) e a ANOVA univariada (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE em mais de duas amostras). Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene.

Durante toda a análise estatística considerou-se como nível de significância ( $\alpha$ )  $\leq 0,05$ .

### 3.2.9. Recursos Utilizados

Como qualquer trabalho de investigação são necessários recursos para a sua elaboração. Todos os recursos utilizados foram totalmente financiados pelo investigador, sendo eles as despesas de deslocação ao local de entrega e recolha dos questionários (um total de 10 visitas), despesas com a deslocação ao ISCSP para reuniões presenciais com Orientador da investigação, despesas com material de apoio para escrita e impressão (papel, tinteiros, canetas, lápis, marcadores, etc.).

## 4. RESULTADOS

Apresenta-se de seguida os resultados de ambos os questionários entregues aos Enfermeiros.

Os resultados do estudo dividem-se em duas partes, sendo que primeiro são identificados os resultados pertencentes aos questionários dos Enfermeiros Chefes através de análise mista, ou seja, método qualitativo e quantitativo, através da presença de algumas perguntas abertas que foi pedido que desenvolvem-se a sua resposta.

Na segunda fase do estudo, apresentam-se os resultados obtidos com os questionários entregues aos Enfermeiros de Cuidados Gerais onde se aplicou um método quantitativo de análise da informação obtida.

### 4.1. Questionário A – Enfermeiros Chefes

No presente subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos através dos questionários entregues aos 3 Enfermeiros Chefes (amostra escolhida), em que se irá elaborar a caracterização sumária da amostra e identificar, através da utilização da análise de conteúdo, quais os *outputs* utilizados como gestão hospitalar, qual o valor acrescentado do SAPE para a gestão hospitalar e em como o SAPE influencia o funcionamento organizacional da instituição.

#### 4.1.1. Caracterização da amostra

Como amostra do estudo, tendo em conta que a população-alvo são os Enfermeiros Chefes em contexto hospitalar, que utilizam o SAPE no seu local de trabalho e que se optou por uma amostragem de 5 serviços de um Hospital de Lisboa e Vale do Tejo, obteve-se 3 Enfermeiros que corresponderam aos requisitos e que aceitaram participar voluntariamente no estudo. Posteriormente serão analisadas as variáveis independentes, Género, Idade, Habilitações Literárias, Categoria Profissional e Tempo de Exercício Profissional:

**Género:** A amostra é constituída por 2 Enfermeiros do sexo Feminino e um do sexo Masculino;

**Idade:** A idade dos participantes situa-se entre os 50 e os 57 anos;

**Habilitações Literárias:** Todos os elementos da amostra identificaram a Licenciatura como a sua Habilitação Literária;

**Categoria Profissional:** Dois elementos escolheram a opção de Enfermeiro Chefe e o terceiro escolheu como Categoria Profissional Enfermeiro Especialista. No entanto todos os elementos exercem funções de Enfermeiros Chefes nos serviços a que pertencem;

**Tempo de Exercício Profissional:** O tempo de exercício profissional dos três participantes situa-se entre os 27 e os 35 anos.

#### 4.1.2. Sistemas de Informação - Utilização do SAPE

Como requisito para constituição da amostra definiu-se previamente que todos os participantes do questionário teriam de utilizar o SAPE no seu local de trabalho, como ferramenta de trabalho durante as suas funções como Enfermeiro Chefe.

O que se pretendeu identificar com a questão do Grupo II – Sistemas de Informação, como sendo a frequência de utilização do SAPE no local de trabalho (variável dependente), era se os 3 participantes utilizam regularmente o SAPE ou se não é muito utilizado pelos Enfermeiros Chefes durante a execução das suas funções de gestão do serviço e equipa de Enfermagem.

Como resultados obtivemos três respostas distintas, em que um dos participantes escolheu a opção “Frequentemente”, outro a opção “Esporadicamente” e o restante a opção “Sempre que necessário”.

Analisando as respostas não se verifica uma unanimidade de opinião, uma vez que cada Enfermeiro mencionou uma frequência de utilização diferente. Contudo essa alternância de resposta pode ser justificada por cada Enfermeiro Chefe se encontrar distribuído por serviços diferentes e dois desses Enfermeiros terem a função de Chefes em dois serviços cumulativamente o que pressupõe uma maior frequência de utilização do que um Enfermeiro que trabalhe apenas com um serviço.

No entanto nenhum participante respondeu com a opção “Diariamente” o que indica que não utilizam todos os dias o SAPE como ferramenta de trabalho.

#### 4.1.3. Gestão Hospitalar

No **Grupo III** do questionário, na primeira questão pretendeu-se identificar se a instituição utiliza *outputs* como indicadores de gestão hospitalar e em caso afirmativo quais são esses mesmos *outputs*, mencionando os mesmos.

Na segunda questão o objetivo é a identificação, na opinião dos Enfermeiros Chefes, do valor acrescentado do SAPE para a gestão hospitalar e na terceira questiona-se se consideram o SAPE como uma mais-valia para o funcionamento da instituição e em caso afirmativo, pede-se aos Enfermeiros para expor em que medida o SAPE é essencial para o funcionamento organizacional da instituição.

**Pergunta 1.** – A instituição utiliza informação fornecida através do SAPE, *outputs*, como indicadores de gestão hospitalar?

Em resposta à primeira pergunta, todos os participantes responderam afirmativamente, indicando que a instituição utiliza *outputs* do programa SAPE como indicadores de gestão hospitalar. Com esta resposta podemos avançar com o estudo, dado que se conclui que o SAPE contribui de algum modo para a valorizar o Hospitalar em termos de gestão. Pode-se ainda confirmar a **Hipótese 1** da investigação, que refere: *Os outputs gerados pelo SAPE traduzem-se em indicadores de gestão hospitalar*

O que se pretende de seguida é identificar são quais os *outputs* identificados pelos Enfermeiros Chefes, ou seja, os que os próprios reconhecem da sua utilização, tendo em conta as funções de Enfermagem.

**Pergunta 1.1.** – Se respondeu afirmativamente na pergunta anterior, indique quais os *outputs* utilizados.

Nesta questão os participantes do questionário teriam de desenvolver a sua questão com uma resposta de desenvolvimento. Tendo em conta a análise da informação obtida nos três questionários procedeu-se à análise de conteúdo das respostas, tendo em conta Bardin (2007).

Unidades Temáticas	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Frequência das Unidades de Contexto
<b>Outputs de Gestão Hospitalar</b>	Taxa Incidência Úlceras de Pressão	<ul style="list-style-type: none"> <li>“ (...) utilizo os indicadores relacionados com as úlceras de pressão e quedas.”</li> <li>“Taxa incidência de Úlcera de Pressão (...)”</li> <li>“ (...) – Úlceras Pressão (...)”</li> </ul>	3
	Taxa Incidência Quedas	<ul style="list-style-type: none"> <li>“ (...) utilizo os indicadores relacionados com as úlceras de pressão e quedas.”</li> <li>“ (...) - Quedas (...)”</li> <li>“Taxa incidência de Queda (...)”</li> </ul>	3
	Diagnósticos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>“Efectividade diagnóstica nestes focos”</li> </ul>	1
	Classificação de Dependência de Doentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>“ (...) - Nível dependência doentes.”</li> </ul>	1
	Administração Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>“ (...) - Erros terapêuticos (...)”</li> </ul>	1

Tabela 1 – *Outputs* de Gestão Hospitalar (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Analisando a **Tabela 1**, foram identificados como *outputs* de gestão hospitalar (indicadores de qualidade), a informação sobre a **Taxa de Incidência das Úlceras de Pressão**, a **Taxa de Incidência das Quedas**, os **Diagnósticos de Enfermagem**, a **Classificação de Dependência de Doentes** e a **Administração Terapêutica**. De todos os indicadores identificados, foram os das Taxas de Incidência das Úlceras de Pressão e das Quedas que obtiveram uma frequência mais elevadas, com 3 referências, cada um deles, representando um enfoque grande nesta área de intervenção e dando a entender que o Hospital tem utilizado os dados relativos aos registos de enfermagem sobre estes problemas de forma a serem minimizados. Para além dos indicadores mais vezes mencionados, foram ainda identificados os *outputs* relacionados com os Diagnósticos de Enfermagem, pressupondo uma análise frequente dos diagnósticos elaborados pelos enfermeiros, utilizando dessa forma a informação sobre os principais problemas dos doentes em contexto hospitalar e a forma como são construídos e identificados pela equipa de enfermagem, conjugando com as intervenções sobre os mesmos e os resultados obtidos.

Outro *output* fornecido pelo SAPE, que foi identificado através da análise de conteúdo foi o da Classificação de Dependência de Doentes, ou seja, é possível através do SAPE, extrair-se informação sobre os doentes que se encontram internados, acerca do seu grau de dependência nas atividades de vida diária, como a dependência para os cuidados de higiene, para se vestirem ou despirem, dependência na mobilização no leito, para comer, entre outras, classificando os doentes com mais ou menos dependência nos cuidados o que pressupõe mais tempo necessário aos enfermeiros para auxiliar/cuidar desses doentes.

Com a informação sobre a Classificação de Dependência de Doentes, é possível aos Enfermeiros Chefes de cada serviço fazer uma distribuição de enfermeiros por doentes pelo seu grau de dependência nos cuidados, ou seja, quanto maior o número de doentes dependentes no serviço, maior deverá ser o número de enfermeiros correspondente.

Um enfermeiro que tenha a seu cuidado um ou mais doentes completamente dependentes em todos os cuidados ficará com menos doentes atribuídos do que outro colega com mais doentes independentes nos autocuidados, para que a distribuição de trabalho pela equipa de enfermagem seja equitativa.

Para além dos *outputs* já mencionados, foi ainda identificado o indicador sobre a Administração de Terapêutica. Neste indicador os Enfermeiros Chefes referem que o SAPE consegue obter informação sobre os erros terapêuticos, alertando os Enfermeiros para possíveis erros terapêuticos, diminuindo os erros de sobredosagem, falhas de administração, entre outros. Este indicador de qualidade é útil para os serviços uma vez que se consegue mensurar a existência ou não de erros de administração de terapêutica nos serviços, como ocorreram e como podem ser evitados no futuro, melhorando a prática de enfermagem e aumentando a qualidade.

**Pergunta 2.** – Qual o valor acrescentado do SAPE para a gestão hospitalar da instituição, tendo em conta os *outputs* utilizados?

Na **Tabela 2**, foram identificados os indicadores que traduzem o SAPE como um programa de Valor Acrescentado para a Gestão Hospitalar, tendo a perspetiva dos Enfermeiros Chefes da instituição.

Unidades Temáticas	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Frequência das Unidades de Contexto
<b>Valor Acrescentado do SAPE na Gestão Hospitalar</b>	Indicadores de Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Fornece-nos indicadores de qualidade (...)”</li> </ul>	1
	Identificação e Monitorização dos Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ (...) controlo e monitorização constante (...)”</li> <li>• “ (...) actuação mais dirigida aos aspectos mais negativos.”</li> </ul>	3
	Reflexão sobre a Prática de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Esperemos (...) que nos facilite a reflexão sobre estes focos (...)”</li> </ul>	1
	Implementação de Medidas Organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ (...) analisar as medidas connectivas a implementar na prática dos cuidados.”</li> </ul>	1
	Gestão de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “- Gestão de Recursos Humanos.”</li> </ul>	1

Tabela 2 – Valor Acrescentado do SAPE na Gestão Hospitalar (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Da informação extraída pelo SAPE, consideraram que o mesmo produz **Indicadores de Qualidade**, produz a **Identificação e Monitorização dos Cuidados de Enfermagem**, incentiva a **Reflexão sobre a Prática de Enfermagem**, influencia a **Implementação de Medidas Organizacionais** e fornece informação útil para uma melhor **Gestão de Recursos Humanos**.

É possível mais uma vez identificar a presença dos Indicadores de Qualidade, como sendo uma informação extraível do sistema SAPE, ou seja, o mesmo gera informação sobre indicadores de saúde, que ao serem monitorizados, analisados e adaptados podem gerar cuidados de qualidade à população, tal como o preconizado pela OE (2007).

De todos os *outputs* mencionados, o mais referido foi o da Identificação e Monitorização dos Cuidados de Enfermagem, o que traduz numa utilização do SAPE para visualizar a prestação de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar, ter uma visão sobre a qualidade dos mesmos e o que poderá ser melhorado para se obter ganhos em saúde e diminuir o tempo de internamento.

O SAPE fornece ainda informação, com valor acrescentado para a instituição, na medida da Reflexão da Prática de Enfermagem, ou seja, com os dados extraídos do sistema,

os Enfermeiros Chefes podem confrontar a sua equipa sobre práticas a melhorar, ou outra forma de desempenhar certas funções/cuidados aos doentes. Essa reflexão é importante para os Enfermeiros da instituição, promovendo o incentivo à melhoria contínua dos cuidados prestados, tendo em conta novas normas e *red lines*, tanto do SNS como da OMS, para que o objetivo se mantenha na prestação de cuidados de excelência e de qualidade.

Esta mesma referência sobre a reflexão dos cuidados de enfermagem é apoiada com a inclusão da CIPE no sistema, tal como mencionado por Leal (2006) indicando que a mesma favorece a discussão e a reflexão dos Enfermeiros no que toca aos cuidados prestados, favorecendo assim a qualidade dos mesmos.

Com essa mesma reflexão, a instituição pode considerar Implementar Medidas Organizacionais, sendo este outro aspeto mencionado pelos Enfermeiros. Identifica-se desta forma um aspeto importante do SAPE, uma vez que pode ser potenciador de novas tomadas de decisões entre os gestores e administradores hospitalares, tendo em conta a informação produzida e analisada pelos Enfermeiros Chefes, que funcionam como ponte de ligação para o Conselho de Administração do Hospital. Essa mesma Administração poderá avaliar a implementação de medidas que venham a colmatar falhas identificadas pelo programa, que de outra forma poderiam não ser perceptíveis e nunca vir a ser retificadas.

Outra área que o SAPE foi considerado uma ferramenta de valor acrescentado, é na Gestão de Recursos Humanos, uma vez que, tendo em conta todos os aspetos já mencionados, ou seja, a Prestação de Cuidados, a Classificação de Dependência de Doentes e os demais Indicadores de Qualidade, o SAPE consegue obter informação que identifica a necessidade de recursos humanos para cada serviço, mediante a lotação de camas e o grau de dependência dos doentes internados. Obtém-se um rácio de Enfermeiro-Doente, que pode variar de serviço para serviço, consoante as suas características e especialidades.

A gestão hospitalar adquire informação real e concreta de cada serviço da instituição e consegue identificar a necessidade de mobilização ou contratação de enfermeiros. A realidade de cada serviço pode mudar consoante vários fatores (maior taxa de ocupação, maior grau de dependência dos doentes, menor número de trabalhadores disponíveis) e tudo isso pode ser identificado pelo SAPE e gerido no momento pelos Enfermeiros Chefes ou Administradores Hospitalares, tendo em conta também, não esquecendo, as diretivas da DGS e as verbas públicas para a contratação pública no setor.



Analisando o que é mencionado por Toromanovic, Hasanovic e Masic (2010), os autores já referem como alguns dos objetivos dos SIE, a obtenção de informação sobre a evolução dos cuidados, a existência de um plano de trabalho, a avaliação da carga de trabalho (tendo em conta uma visão prospectiva e retrospectiva), a gestão de recursos humanos, o registo de intervenções de enfermagem e a administração de terapêutica.

Pode-se concluir com a informação obtida que o SAPE vai de encontro ao que é pressuposto como indicadores dos SIE, sendo um sistema com ganhos para a obtenção de informação pertinente na área de enfermagem, mais concretamente como um contributo de valor acrescentado para a gestão das unidades de saúde, especificamente neste estudo, em contexto hospitalar.

**Pergunta 3.** – Considera o SAPE uma mais-valia para o funcionamento da instituição?

Em resposta à pergunta acima apresentada, todos os participantes afirmaram unanimemente que consideravam o SAPE como uma mais-valia para o funcionamento da instituição onde trabalham.

Procurou-se então identificar com a próxima pergunta, em que medida consideram o SAPE como uma mais-valia organizacional.

**Pergunta 3.1.** – Se respondeu afirmativamente na pergunta anterior, em que medida o SAPE é essencial para o funcionamento organizacional da instituição?

Analisando as respostas à pergunta apresentada acima, elaborou-se a **Tabela 3** onde foram identificadas as características que os Enfermeiros consideram como uma mais-valia do SAPE para o funcionamento organizacional da instituição. No entanto, tendo em conta as respostas obtidas, a tabela foi dividida ainda noutra temática, sobre o Impacto negativo no funcionamento institucional, uma vez que os participantes consideraram que o SAPE ainda tem alguns aspetos a melhorar e que podem prejudicar a instituição.

Dada a importância dos dados apresentados para a gestão hospitalar e para o exercício da profissão da enfermagem, esses mesmos dados foram considerados e incluídos

no estudo, tendo-se classificado neste grupo e construindo-se a suas respectivas unidades de contexto.

Unidades Temáticas	Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Frequência das Unidades de Contexto
<b>Mais-valias do SAPE para o funcionamento institucional</b>	Indicadores de Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Relativamente ao fornecimento de indicadores, considero que é uma mais-valia (...);”</li> <li>• “ A monitorização de indicadores de qualidade dos cuidados.”.</li> </ul>	2
	Rapidez no Acesso à Informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ (...) fornece automaticamente esses dados (...)”.</li> </ul>	1
	Apoio aos Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “ (...) é uma ferramenta significativa dos cuidados desenvolvidos”</li> </ul>	1
<b>Impacto negativo do SAPE no funcionamento institucional</b>	Impacto negativo nos registos de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “O registo é redutor e em parte das vezes não traduz efectivamente o que se faz.”;</li> <li>• “Dificuldade na percepção da evolução e continuidade dos cuidados.”.</li> </ul>	3
	Utilização do SAPE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Para se fazer alterações, implica vários passos que não facilita e a ajuda é deixar estar como está.”;</li> <li>• “ (...) é pouco amigável do utilizador: exige muitas horas na programação.”.</li> </ul>	1

Tabela 3 – Mais-valias do SAPE para o funcionamento institucional vs Impacto negativo do SAPE no funcionamento institucional (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Tendo em conta a temática Mais-Valias para o funcionamento institucional, foram identificados mais uma vez os **Indicadores de Qualidade**, a **Rapidez no Acesso à Informação** e os **Apoio aos Cuidados de Enfermagem**. Todas estas áreas foram consideradas como ganhos para a instituição, através da utilização do SAPE, desde a sua implementação até à atualidade.

Valentim (2000), também menciona como contributos dos SIH o fato de os mesmos proporcionarem uma melhoria dos acessos, precisão e velocidade de informação, menor tempo na procura de documentos, garantia de informação em tempo útil, controle de acessos a documentos sensíveis, levando a uma melhoria na tomada de decisão no tempo certo com os documentos necessários.

Por outro lado, como Impacto negativo no funcionamento institucional, foi referido pelos Enfermeiros-Chefes o **Impacto negativo nos registos de enfermagem** e a **Utilização do SAPE**, enquanto instrumento de trabalho dos Enfermeiros.

Como impacto negativo nos registos de enfermagem foram vários os aspetos mencionados, nomeadamente o facto de os registos serem redutores do que é realizado na realidade pela equipa de enfermagem e dificultar a perceção da evolução e continuidade dos cuidados.

No que se remete á utilização do próprio sistema, mencionam aspetos como a dificuldade em realizar alterações ao que já foi feito no programa, levando a que certos enganos fiquem por emendar e a informação permaneça errada, mesmo quando são detetados erros de registo. Para além deste aspeto referem ainda que é necessário despende muitas horas nos registos, não sendo facilitador do utilizador.

Todos os aspetos negativos foram tidos em conta como aspetos que podem prejudicar a utilização do SAPE e prejudicar a obtenção de mais-valias para a instituição que o utiliza. Corrigindo alguns deles o SAPE poderá contribuir ainda com mais informação importante e de valor-acrescentado para o Hospital.

#### 4.1.4. Identificação dos outputs de gestão hospitalar e do Valor Acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional

Analisando os resultados apresentados, deu-se resposta ao **Objetivo Específico 1** do estudo: *“Identificar se o SAPE fornece outputs passíveis de serem utilizados como indicadores de gestão hospitalar.”* e ainda do **Objetivo Específico 2**: *“Identificar qual a opinião dos Enfermeiros Chefes, sobre a relação do SAPE com o atual funcionamento organizacional do Hospital X e se o mesmo produz outputs com valor acrescentado para a instituição”*.

Em relação ao primeiro objetivo, segundo as respostas obtidas na Pergunta 1 do Grupo III do questionário, constatou-se que todos os participantes afirmam que a instituição utiliza a informação fornecida pelo SAPE (*outputs*) como indicadores de gestão hospitalar, identificando-os como sendo **Taxa de Incidência das Úlceras de Pressão**, a **Taxa de Incidência das Quedas**, os **Diagnósticos de Enfermagem**, a **Classificação de Dependência de Doentes** e a **Administração Terapêutica**.

Indo de encontro ao segundo objetivo do estudo, através da análise da Pergunta 2 e 3 do Grupo III do mesmo questionário, pode-se definir como Valor Acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional do Hospital X, a identificação de **Indicadores de Qualidade**, a **Identificação e Monitorização dos Cuidados de Enfermagem**, a **Reflexão sobre a Prática de Enfermagem**, a **Implementação de Medidas Organizacionais**, a **Gestão de Recursos Humanos** e ainda a **Rapidez no Acesso à Informação** e o **Apoio aos Cuidados de Enfermagem**. Desta forma pode-se confirmar as **Hipóteses 1 e 2** elaboradas para o estudo, já mencionadas anteriormente.

#### 4.2. Questionário B – Enfermeiros Cuidados Gerais

Serviços	Questionários Distribuídos	Questionários Preenchidos	Questionários Preenchidos Incorretamente	Percentagem de Adesão ao Questionário	Percentagem de Questionários Preenchidos por Serviço
Cirurgia I	20	10	0	50%	14,1%
Cirurgia II	20	17	0	85%	23,9%
Medicina I e II	40	31	0	77,5%	43,7%
Medicina III	20	13	0	65%	18,3%
<b>Total:</b>	100	71	0	-	100%

Tabela 4 – Questionários distribuídos vs Questionários preenchidos (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Analisando-se a **Tabela 4** constata-se que todos os serviços colaboraram numa taxa de adesão igual ou superior a 50% (relativamente ao número de questionários entregues), sendo que o Serviço de Cirurgia I foi o que apresentou a taxa exata de 50% de questionários preenchidos face aos entregues previamente (10 questionários) e o Serviço de Cirurgia II foi o que obteve a taxa de adesão mais elevada, de 85%, correspondente a 17 questionários.

Relativamente ao Serviço de Medicina I e II, não foi possível a obtenção do número exato de questionários preenchidos por cada um dos serviços individualmente, uma vez que foram entregues ao investigador num mesmo envelope em simultâneo. Desta forma contabilizou-se a soma dos dois serviços, em que foram entregues 20 questionários por serviço, originando a totalidade de 40 questionários entregues, tendo sido posteriormente

recolhidos 31. Tendo em conta os valores mencionados obteve-se uma percentagem de 77,5%.

Por último no Serviço de Infeciologia, obteve-se uma percentagem de questionários preenchidos de 65%, correspondente a 13 questionários válidos.

Todos os questionários recolhidos já preenchidos foram analisados, não tendo sido nenhum excluído do estudo por preenchimento incorreto.

Tendo em conta a análise da adesão do questionário por serviço, destaca-se o serviço de Cirurgia II com 23,94%, como sendo o que obteve maior adesão ao instrumento de recolha de dados, como serviço individual. Com a percentagem de preenchimento mais reduzido destaca-se o serviço de Cirurgia I, com 14,08% de percentagem de adesão, face ao número total de 71 questionários recolhidos.

#### 4.2.1. Caracterização da amostra

Colaboraram nesta parte do estudo 71 enfermeiros, dos quais 89,0% (n = 63) eram do género feminino e os restantes 11,0% (n = 8) pertenciam ao género masculino, conforme se pode constatar pela observação do Gráfico 1.

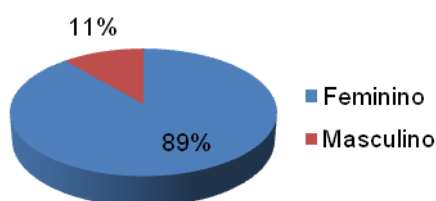


Gráfico 1 – Distribuição da amostra por género

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

No Gráfico 2 podemos apreciar a distribuição dos inquiridos por escalão etário. A maioria encontrava-se no escalão etário 31-35 anos (33,8%). Os mais novos representavam 8,5% e os mais velhos 11,3%.

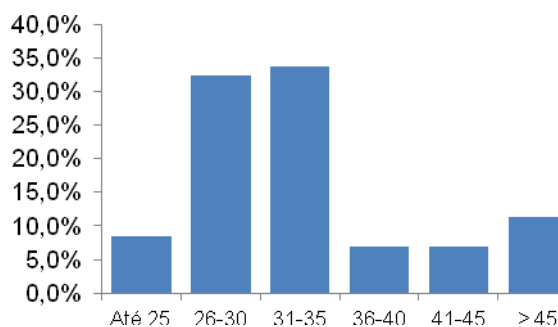


Gráfico 2 – Distribuição da amostra por escalões etários  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Em termos de habilitações académicas, uma percentagem muito elevada possui licenciatura (89,0%). Os sujeitos com mestrado representavam 10,0% e os com o bacharelato 1,0% (Gráfico 3).

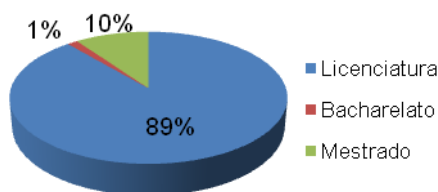


Gráfico 3 – Distribuição da amostra por habilitações académicas  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

No que se refere à categoria profissional, os Enfermeiros representavam quase três quartos do total (74,3%), os Enfermeiros Graduados 18,6% e os Enfermeiros Especialistas 7,1% (ver Tabela 5).

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Enfermeiro	52	73,2	74,3
Enf.Graduado	13	18,3	18,6
Enf.Especialista	5	7,0	7,1
Total	70	98,6	100,0
Omissos	1	1,4	
Total	71	100,0	

Tabela 5 – Distribuição da amostra por categoria profissional  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Como pode ser analisado no Gráfico 4, a maioria tinha entre 6 a 10 anos de experiência profissional (39,4%). Cerca de 24,0% tinham até 5 anos de experiência profissional e 8,5% tinha mais de 20 anos de experiência.

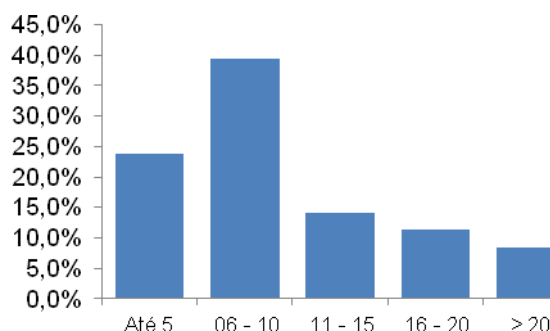


Gráfico 4 – Distribuição da amostra pelos anos de experiência profissional  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

#### 4.2.2. Análise Estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta, o coeficiente de correlação momento-produto de *Pearson*, o teste *t-student* para uma amostra (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE com um valor teórico), o teste *t-student* para amostras independentes (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE em duas amostras) e a Anova One-Way (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE em mais de duas amostras).

Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. O nível de significância foi fixado em  $(\alpha) \leq 0,05$ .

A análise estatística foi efetuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0 para Windows.

#### 4.2.3. Estatística Descritiva

Quando inquiridos sobre com que frequência utilizam o SAPE como Sistema de Informação no seu serviço, 95,8% indicou que o faziam diariamente.

	Frequência	Percentagem
Diariamente	68	95,8
Frequentemente	2	2,8
Esporadicamente	1	1,4
Total	71	100,0

Tabela 6 – Distribuição da amostra consoante a frequência de utilização do SAPE  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Apenas 15,9% dos enfermeiros ( $n = 11$ ) afirmou que não possuía conhecimentos de informática antes de começar a usar o SAPE.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Sim	58	81,7	84,1
Não	11	15,5	15,9
Total	69	97,2	100,0
Omissos	2	2,8	
Total	71	100,0	

Tabela 7 – Distribuição da amostra consoante os conhecimentos de informática  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Uma percentagem bastante elevada indicou que teve formação sobre o funcionamento do SAPE em uso no seu serviço (93,0%) e apenas 7,0% indicou que não teve formação.

	Frequência	Percentagem
Sim	66	93,0
Não	5	7,0
Total	71	100,0

Tabela 8 – Distribuição da amostra consoante a aquisição de formação sobre o SAPE  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)



Já quando se questiona os enfermeiros sobre se consideram essa formação como suficiente, apenas 60,9% a considerou suficiente e 39,1% considerou-a insuficiente.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Sim	42	59,2	60,9
Não	27	38,0	39,1
Total	69	97,2	100,0
Omissos	2	2,8	
Total	71	100,0	

Tabela 9 – Distribuição da amostra consoante opinião sobre formação sobre o SAPE  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Para a maioria (34,5%) decorreu entre 6 meses a 1 ano o tempo entre a apresentação do SAPE no serviço e a sua utilização efetiva. Para 29,3% a utilização foi imediata.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Sem tempo de intervalo	17	23,9	29,3	29,3
Até 1 mês	6	8,5	10,3	39,7
De 1 a 6 meses	13	18,3	22,4	62,1
De 6 meses a 1 ano	20	28,2	34,5	96,6
Mais de 1 ano	2	2,8	3,4	100,0
Total	58	81,7	100,0	
Omissos	13	18,3		
Total	71	100,0		

Tabela 10 – Distribuição da amostra pelo tempo decorrido entre a formação e a apresentação do SAPE  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Analisando a Tabela 11, quando analisado o Tempo de Utilização do SAPE em anos, cerca de um terço dos enfermeiros (33,3%) já utiliza o SAPE há 6 anos e 24,6% utilizam-no há 5 anos.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
0	2	2,8	2,9	2,9
2	4	5,6	5,8	8,7
3	5	7,0	7,2	15,9
4	7	9,9	10,1	26,1
5	17	23,9	24,6	50,7
6	23	32,4	33,3	84,1
7	8	11,3	11,6	95,7
8	2	2,8	2,9	98,6
11	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	97,2	100,0	
Omissos	2	2,8		
Total	71	100,0		

Tabela 11 – Distribuição da amostra pelo tempo utilização do SAPE em anos  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Mais de metade dos enfermeiros inquiridos conhece apenas o SAPE (60,0%) e uma percentagem de 20,0% indica que conhece mais três outros sistemas de informação.

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Nenhum	30	42,3	60,0
Conhece mais um sistema	7	9,9	14,0
Conhece mais dois sistemas	3	4,2	6,0
Conhece mais três sistemas	10	14,1	20,0
Total	50	70,4	100,0
Omissos	21	29,6	
Total	71	100,0	

Tabela 12 – Distribuição da amostra pelo conhecimento de outros sistemas de informação  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Nas Tabelas 13 e 14 apresentamos as respostas dos enfermeiros (frequências absolutas e relativas) nas dimensões/variáveis sobre o *Contributo do SAPE no local de trabalho*, *Avaliação Geral do SAPE* e *Mais-valias do SAPE para a instituição*. Estas variáveis foram obtidas através da junção dos itens pertencentes em cada grupo/dimensão do questionário.

Em cinza claro realçamos as respostas mais frequentes (moda). Assim, na dimensão *Contributo do SAPE no local de trabalho*, a resposta mais frequente foi a Redução dos registos em suporte papel (57,7%, muitas vezes).

		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre
Componentes físicos e materiais adequados à utilização do SAPE	Freq.	2	11	29	27	2
	%	2,8%	15,5%	40,8%	38,0%	2,8%
Informações do SAPE facilitam o registo da atividade profissional	Freq.	3	6	33	26	3
	%	4,2%	8,5%	46,5%	36,6%	4,2%
Diminuição da perda de informação	Freq.	3	19	27	18	4
	%	4,2%	26,8%	38,0%	25,4%	5,6%
Redução dos registos em suporte papel	Freq.	0	1	7	41	22
	%	0,0%	1,4%	9,9%	57,7%	31,0%
Informação produzida pelo SAPE valoriza a atividade profissional	Freq.	3	24	27	15	2
	%	4,2%	33,8%	38,0%	21,1%	2,8%
A utilização do SAPE na instituição possibilitou a continuidade dos cuidados aos utentes	Freq.	3	9	30	25	4
	%	4,2%	12,7%	42,3%	35,2%	5,6%
A utilização do SAPE na instituição possibilitou uma melhor comunicação com outras instituições	Freq.	4	9	35	20	3
	%	5,6%	12,7%	49,3%	28,2%	4,2%
Menos tempo para cuidados presenciais aos doentes	Freq.	21	16	26	6	1
	%	30,0%	22,9%	37,1%	8,6%	1,4%

Tabela 13 – Avaliação das respostas dos enfermeiros na dimensão *Contributo do SAPE no local de trabalho*  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Na dimensão *Avaliação Geral do SAPE* (Tabela 14), a maioria das respostas situam-se no nível razoável. Para se obter a questão mais bem avaliada foram somadas as percentagens de respostas situadas no nível Bom e Muito Bom, tendo-se verificado que o item com melhor valorização dos enfermeiros é o Tempo de adaptação ao SAPE (52,1%).

		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
Registos de enfermagem no SAPE	Freq.	1	7	30	29	4
	%	1,4%	9,9%	42,3%	40,8%	5,6%
Linguagem utilizada pelo SAPE (CIPE)	Freq.	3	9	29	26	4
	%	4,2%	12,7%	40,8%	36,6%	5,6%
Transmissão de informação através do SAPE	Freq.	2	6	34	25	4
	%	2,8%	8,5%	47,9%	35,2%	5,6%
Desenvolvimento diário das atividades profissionais através do SAPE	Freq.	2	6	34	25	4
	%	2,8%	8,5%	47,9%	35,2%	5,6%
Qualidade dos dados produzidos pelo SAPE	Freq.	1	5	43	20	2
	%	1,4%	7,0%	60,6%	28,2%	2,8%
Qualidade do SAPE enquanto instrumento de trabalho	Freq.	1	12	31	25	2
	%	1,4%	16,9%	43,7%	35,2%	2,8%
Funcionamento do SAPE tendo em conta as necessidades do serviço	Freq.	1	12	37	18	3
	%	1,4%	16,9%	52,1%	25,4%	4,2%
Tempo de adaptação ao SAPE	Freq.	1	1	32	29	8
	%	1,4%	1,4%	45,1%	40,8%	11,3%

Tabela 14 – Avaliação das respostas dos enfermeiros na dimensão *Avaliação Geral do SAPE*

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Na dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição*, a maioria das respostas situam-se no nível razoável. As questões mais bem avaliadas foram a Organização do processo do doente, a Atualização de dados no processo do doente e a Visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente (46,5%).

		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
Organização do processo do doente	Freq.	0	7	26	33	5
	%	0,0%	9,9%	36,6%	46,5%	7,0%
Atualização de dados no processo do doente	Freq.	2	5	26	33	5
	%	2,8%	7,0%	36,6%	46,5%	7,0%
Partilha de informação entre a equipa multidisciplinar	Freq.	0	15	28	24	4
	%	0,0%	21,1%	39,4%	33,8%	5,6%
Acesso a todo o processo do doente	Freq.	2	4	22	30	13
	%	2,8%	5,6%	31,0%	42,3%	18,3%
Interação do SAPE com outros Sistemas de Informação do Hospital	Freq.	6	14	31	14	5
	%	8,6%	20,0%	44,3%	20,0%	7,1%
Tempo gasto para realizar registos de enfermagem dos doentes	Freq.	10	31	22	7	1
	%	14,1%	43,7%	31,0%	9,9%	1,4%
Uniformização dos focus atenção entre serviços	Freq.	8	21	27	12	3
	%	11,3%	29,6%	38,0%	16,9%	4,2%
Número de enfermeiros no serviço tendo em conta a existência do SAPE na instituição	Freq.	12	26	30	2	1
	%	16,9%	36,6%	42,3%	2,8%	1,4%
Parametrização de intervenções de enfermagem entre serviços	Freq.	2	23	36	9	1
	%	2,8%	32,4%	50,7%	12,7%	1,4%
Formação específica na utilização do SAPE tendo em conta as características do serviço	Freq.	2	12	40	14	3
	%	2,8%	16,9%	56,3%	19,7%	4,2%
Método de trabalho de enfermagem utilizado no serviço tendo em conta a existência do SAPE	Freq.	1	7	40	19	2
	%	1,4%	10,1%	58,0%	27,5%	2,9%
Processo do doente em sistema informático ao invés do processo em papel	Freq.	0	2	26	32	11
	%	0,0%	2,8%	36,6%	45,1%	15,5%
Visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente	Freq.	1	5	26	33	6
	%	1,4%	7,0%	36,6%	46,5%	8,5%
Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de infeção no serviço	Freq.	7	20	28	12	4
	%	9,9%	28,2%	39,4%	16,9%	5,6%
Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de incidência de Úlceras de Pressão no serviço	Freq.	7	20	23	18	3
	%	9,9%	28,2%	32,4%	25,4%	4,2%
Obtenção de informação através do SAPE sobre quais os tratamentos mais frequentes aplicados nas feridas dos doentes do serviço	Freq.	7	20	27	14	3
	%	9,9%	28,2%	38,0%	19,7%	4,2%
Obtenção de informação através do SAPE sobre a monitorização da Escala Risco de Queda	Freq.	3	12	28	23	5
	%	4,2%	16,9%	39,4%	32,4%	7,0%
Utilização do SAPE para a contabilização de horas de prestação de cuidados, tendo em conta o grau de dependência dos doentes	Freq.	17	22	21	8	2
	%	24,3%	31,4%	30,0%	11,4%	2,9%
Influência do SAPE no processo de mudança organizacional da instituição	Freq.	2	16	38	12	2
	%	2,9%	22,9%	54,3%	17,1%	2,9%
Utilização do SAPE tendo em conta ganhos para a saúde dos utentes	Freq.	5	20	36	7	2
	%	7,1%	28,6%	51,4%	10,0%	2,9%

Tabela 15 – Avaliação das respostas dos enfermeiros na dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição* (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Na Tabela 16 apresentamos as estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos enfermeiros nas dimensões de apreciação do SAPE. Nela indicamos os valores mínimos, máximos, médias e respetivos desvio padrão. A dimensão mais bem avaliada foi a Avaliação Geral (3,31) e a menos bem avaliada foi a dimensão Mais-valias (m=3,02).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Contributos do SAPE no local de trabalho	70	1,63	4,50	3,16	,57
Avaliação Geral do SAPE	71	1,00	5,00	3,31	,64
Mais-valias do SAPE para a instituição	68	1,45	5,00	3,02	,62

Tabela 16 – Estatísticas descritivas das três dimensões da escala

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

#### 4.2.4. Consistência interna

A análise da consistência interna dos questionários foi realizada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os valores encontrados variam entre um mínimo de ,799 (razoável) na dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho* e um máximo de ,945 (excelente) na dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição*. A categorização destes valores segue o publicado em Hill (2005).

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Contributos do SAPE no local de trabalho	,799	8
Avaliação Geral do SAPE	,920	8
Mais-valias do SAPE para a instituição	,945	20

Tabela 17 – Consistência interna do Questionário A

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

#### 4.2.5. Análise das Hipóteses de Investigação

**Hipótese 3** – Os Enfermeiros de Cuidados Gerais do Hospital X consideram o SAPE como um contributo de valor acrescentado para o seu trabalho, indicando uma avaliação geral positiva do sistema.

Quando comparamos a avaliação que os enfermeiros fizeram da dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho* (média = 3,16) com o ponto médio da escala de avaliação (3 = às vezes), constata-se que a diferença de avaliação é estatisticamente significativa,  $t(69) = 2,348$ ,  $p = ,022$  (Teste *t-student* para uma amostra). Assim os enfermeiros estão satisfeitos com o SAPE no que se refere a esta dimensão de apreciação.

	N	Média	Desvio padrão
Contributos do SAPE no local de trabalho	70	3,16	,572

Tabela 18 – Estatísticas para a dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho*  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Teste <i>t-student</i> para uma amostra   Test Value = 3						
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Contributos do SAPE no local de trabalho	2,348	69	,022 *	,16071	,0242	,2973

\*  $p \leq 0,05$  |

Tabela 19 – Avaliação da opinião dos enfermeiros sobre a dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho*  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Quando comparamos a avaliação que os enfermeiros fizeram da dimensão *Avaliação geral do SAPE* (média = 3,31) com o ponto médio da escala de avaliação (3 = razoável), constata-se que a diferença de avaliação é estatisticamente significativa,  $t(70) = 4,080$ ,  $P = ,000$  (Teste *t-student* para uma amostra). Assim os enfermeiros estão satisfeitos com o SAPE no que se refere a esta dimensão de apreciação. Confirma-se desta forma a **Hipótese 3** do estudo.

	N	Média	Desvio padrão
Avaliação Geral do SAPE	71	3,31	,64

Tabela 20 – Estatísticas para a dimensão *Avaliação Geral do SAPE* (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

	Teste <i>t-student</i> para uma amostra   Test Value = 3				95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference		
					Lower	Upper
Avaliação Geral do SAPE	4,080	70	,000 ***	,31162	,1593	,4640

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Tabela 21 – Avaliação da opinião dos enfermeiros sobre a dimensão *Avaliação Geral do SAPE*

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

**Hipótese 4** – Os Enfermeiros de Cuidados Gerais consideram que o SAPE é uma mais-valia para o funcionamento organizacional do Hospital X.

Quando comparamos a avaliação que os enfermeiros fizeram da dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição* (média = 3,02) com o ponto médio da escala de avaliação (3 = razoável), constata-se que a diferença de avaliação não é estatisticamente significativa,  $t(67) = 0,377$ ,  $p = ,708$  (Teste *t-student* para uma amostra). Assim a apreciação que os enfermeiros fazem desta dimensão não é significativamente superior ao ponto médio da escala. A **Hipótese 4** não foi confirmada.

	N	Média	Desvio padrão
Mais-valias do SAPE para a instituição	68	3,02	,62

Tabela 22 – Estatísticas para a dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição*

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

	Teste <i>t-student</i> para uma amostra   Test Value = 3				95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference		
					Lower	Upper
Mais-valias do SAPE para a instituição	,377	67	,708	,02868	-,1232	,1806

\*\*\*  $p \leq 0,001$

Tabela 23 – Avaliação da opinião dos enfermeiros sobre a dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição*

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)



**Hipótese 5:** A apreciação do SAPE varia em função do género dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Para a análise da Hipótese 5 foi utilizado o Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, teste de homogeneidade de variâncias de Levene e posteriormente teste *t-student* para amostras independentes e construída a Tabela 24.

	Feminino		Masculino		Sig.
	M	DP	M	DP	
Contributos do SAPE no local de trabalho	3,16	,55	3,10	,73	,790
Avaliação Geral do SAPE	3,33	,59	3,09	,96	,313
Mais-valias do SAPE para a instituição	3,04	,62	2,93	,67	,665

Tabela 24 – Apreciação do SAPE em função do género (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Na dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho*, as enfermeiras fazem uma melhor apreciação (3,16 vs 3,10), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(68) = 0,268$ ,  $p = ,790$ .

Na *Avaliação geral do SAPE*, as enfermeiras fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,33 vs 3,09), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(69) = 1,017$ ,  $p = ,313$ .

Nas *Mais-valias do SAPE para a instituição*, as enfermeiras fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,04 vs 2,93), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(66) = 0,435$ ,  $p = ,665$ . Desta forma a **Hipótese 5** não foi confirmada através do estudo.

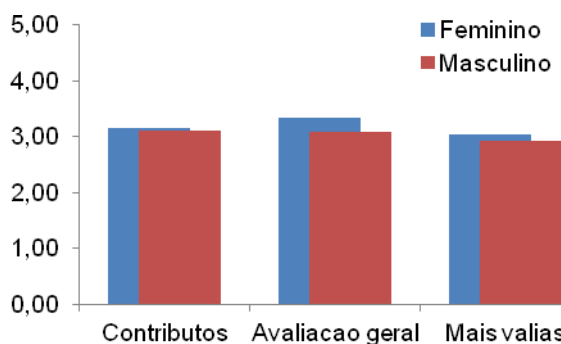


Gráfico 5 - Diferença na apreciação do SAPE em função do género  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

**Hipótese 6** – A apreciação do SAPE varia em função das habilitações académicas dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Para a análise desta hipótese foi excluída a habilitação académica de Bacharelato, uma vez que a mesma foi apenas identificada com 1% das respostas dos participantes, não sendo minimamente significativa quando comparada com as restantes, optando-se pela análise apenas da Licenciatura e do Mestrado como itens válidos. Foi utilizado o Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, teste de homogeneidade de variâncias de Levene e posteriormente teste *t-student* para amostras independentes para a realização da Tabela 25.

	Licenciatura		Mestrado		Sig.
	M	DP	M	DP	
Contributos do SAPE no local de trabalho	3,16	,60	3,10	,27	,648
Avaliação Geral do SAPE	3,30	,66	3,35	,47	,855
Mais-valias do SAPE para a instituição	3,01	,65	3,10	,44	,730

Tabela 25 – Apreciação do SAPE em função das habilitações académicas dos enfermeiros

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Na dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho*, os enfermeiros licenciados fazem uma melhor apreciação (3,16 vs 3,10), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(67) = 0,467$ ,  $p = ,648$ .

Na *Avaliação geral*, os enfermeiros com Mestrado fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,35 vs 3,30), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(68) = -0,183$ ,  $p = ,855$ .

Por última, nas *Mais-valias do SAPE para a instituição*, os enfermeiros com Mestrado fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,10 vs 3,01), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(65) = -0,346$ ,  $p = ,730$ . Conclui-se então que a **Hipótese 6** também não pode ser confirmada.

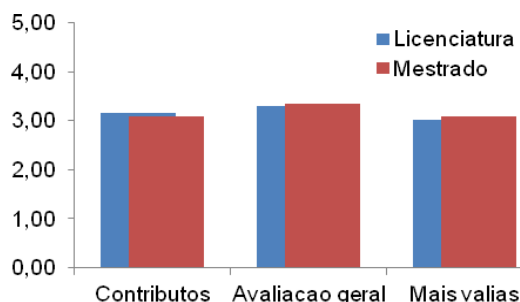


Gráfico 6 – Diferença na apreciação do SAPE em função das habilitações (Fonte: Elaborado pelo Investigador)

**Hipótese 7** – A apreciação do SAPE varia em função da categoria profissional dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Para a análise da Hipótese 7 foi utilizado o Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, teste de homogeneidade de variâncias de Levene e posteriormente teste ANOVA univariada (One Way), tendo-se elaborado a Tabela 26.

	Enfermeiro		Enf.Graduado		Enf.Especialista		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Contributos do SAPE no local de trabalho	3,09	,52	3,28	,64	3,35	,78	,392
Avaliação Geral do SAPE	3,24	,61	3,47	,72	3,50	,75	,402
Mais-valias do SAPE para a instituição	2,96	,57	3,11	,84	3,23	,45	,545

Tabela 26 – Apreciação do SAPE em função da categoria profissional dos enfermeiros

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Em *Contributos do SAPE no local de trabalho*, os Enfermeiros Especialistas fazem uma melhor apreciação desta dimensão e os Enfermeiros uma apreciação menos boa (3,35 vs 3,09), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(2, 66) = 0,951$ ,  $p = ,392$ .

Na *Avaliação geral do SAPE*, os Enfermeiros Especialistas fazem uma melhor apreciação desta dimensão e os Enfermeiros uma apreciação menos boa (3,50 vs 3,24), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(2, 67) = 0,924$ ,  $p = ,402$ .

Para as *Mais-valias do SAPE para a instituição*, os Enfermeiros Especialistas fazem uma melhor apreciação desta dimensão e os Enfermeiros uma apreciação menos boa (3,23 vs 2,96), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $F(2, 645) = 0,613$ ,  $p = ,545$ . Analisando as três dimensões a **Hipótese 7** não pode ser confirmada.

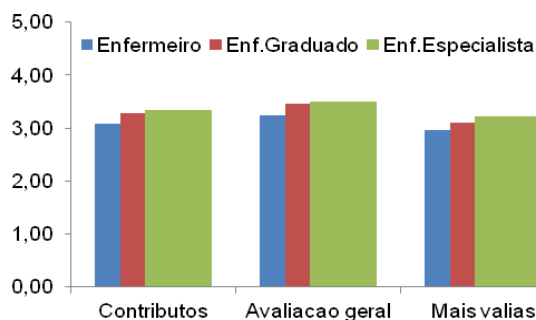


Gráfico 7 – Diferença na apreciação do SAPE em função da categoria profissional

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

**Hipótese 8** – A apreciação do SAPE varia em função dos conhecimentos informáticos dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Para a análise da Hipótese 8 foi utilizado o Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov, teste de homogeneidade de variâncias de Levene e posteriormente teste *t-student* para amostras independentes, tendo-se elaborado a Tabela 27.

	Sim		Não		Sig.
	M	DP	M	DP	
Contributos do SAPE no local de trabalho	3,17	,60	3,06	,43	,583
Avaliação Geral do SAPE	3,32	,67	3,20	,48	,560
Mais-valias do SAPE para a instituição	3,05	,64	2,89	,56	,431

Tabela 27 – Apreciação do SAPE em função dos conhecimentos de informática que os enfermeiros possuem  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

Nos *Contributos do SAPE no local de trabalho*, os enfermeiros com conhecimentos de informática fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,17 vs 3,06), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(66) = 0,551$ ,  $p = ,583$ .

Na *Avaliação geral do SAPE*, os enfermeiros com conhecimentos de informática fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,32 vs 3,20), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(67) = 0,585$ ,  $p = ,560$ .

Nas *Mais-valias do SAPE para a instituição*, os enfermeiros com conhecimentos de informática fazem uma melhor apreciação desta dimensão (3,05 vs 2,89), embora a diferença não seja estatisticamente significativa,  $t(64) = 0,792$ ,  $p = ,431$ .

A **Hipótese 8** não pode ser confirmada estatisticamente.

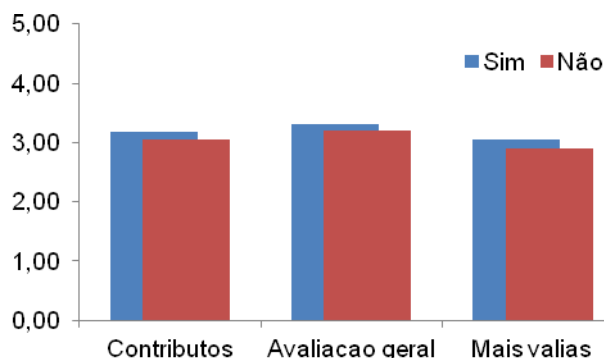


Gráfico 8 – Diferença na apreciação do SAPE em função dos conhecimentos de informática

(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

**Hipótese 9** – A relação entre a experiência profissional e a apreciação do SAPE, por parte dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, é significativa.

Para a análise da Hipótese 9 utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* (Tabela 28). Os coeficientes de correlação entre as dimensões de apreciação do SAPE e a experiência profissional dos enfermeiros não são estatisticamente significativos. Desta forma não se pode confirmar a **Hipótese 9** para este estudo.

	Experiência Profissional
Contributos do SAPE no local de trabalho	-,045
Avaliação Geral do SAPE	-,059
Mais-valias do SAPE para a instituição	-,065

Tabela 28 – Relação entre a apreciação do SAPE pelos enfermeiros e o tempo de experiência profissional  
(Fonte: Elaborado pelo Investigador)

## 5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A presente investigação, teve como objetivo geral a identificação do valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Para tal foram feitas duas análises, cada uma com um método de investigação distinto, uma vez que foram utilizadas duas populações-alvo distintas dado os objetivos específicos a que se pretendia dar resposta.

Foram elaborados dois questionários, um deles para os Enfermeiros-Chefes do Hospital X (assim identificado para manter o seu anonimato), onde se identificaram conceitos associados à temática em estudo, uma vez que eram ainda desconhecidos do investigador, só passíveis de serem analisados após questionados os seus utilizadores e outro tendo como população-alvo os Enfermeiros de Cuidados Gerais da mesma instituição de saúde, onde se obtiveram respostas para analisar as hipóteses identificadas no início da investigação e se compararam diversas variáveis, atingindo os objetivos propostos no estudo.

O primeiro questionário, denominado Questionário A – Enfermeiros-Chefes foi elaborado segundo a teoria relacionada com a temática da investigação e com base na obtenção de respostas e conceitos ainda por identificar.

Essencialmente é constituído por duas fases, sendo a primeira a da caracterização da amostra e a segunda, através de perguntas de desenvolvimento, a obtenção de informação sobre os *outputs* fornecidos pelo SAPE, o seu contributo para a gestão e qual a sua mais-valia para o funcionamento da instituição.

Uma vez que na primeira fase do estudo o objetivo era identificar se o SAPE fornece *outputs* passíveis de serem utilizados como indicadores de gestão hospitalar e identificar qual a opinião dos Enfermeiros Chefes, sobre a relação do SAPE com o atual funcionamento organizacional do Hospital X e se o mesmo produz *outputs* com valor acrescentado para a instituição era necessário que os mesmos identificassem quais os *outputs* utilizados, e os relacionassem com as mais-valias para o funcionamento organizacional da instituição, identificando-se, deste forma, o valor acrescentado do SAPE, enquanto sistema informático de apoio aos Enfermeiros e uma ferramenta útil para a gestão hospitalar.

Através de análise de conteúdo das respostas elaboradas pelos 3 Enfermeiros Chefes foi possível verificar que todos identificam *outputs* sensíveis a serem utilizados como indicadores de gestão hospitalar. Foi possível realizar-se a extração de alguns indicadores, nomeadamente a Taxa de Incidência das Úlceras de Pressão, a Taxa de Incidência das Quedas, os Diagnósticos de Enfermagem, na Classificação de Dependência de Doentes e na Administração Terapêutica. De todos os indicadores identificados, foram os das Taxas de Incidência das Úlceras de Pressão e das Quedas que obtiveram um maior enfoque, sendo mencionadas por todos os 3 participantes, demonstrando que são dos *outputs* com maior visibilidade na instituição, fornecidos pelo SAPE.

Tendo em consideração Malato (2011), o mesmo já indicava a importância desses indicadores (prevenção das úlceras de pressão e das quedas) nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (documento da Ordem dos Enfermeiros), como sendo dos mais expressivos a serem extraídos dos SIE, neste caso mais concreto, através do SAPE.

Desta forma, verificou-se a **Hipótese 1** do estudo, sendo a mesma “Os *outputs* gerados pelo SAPE traduzem-se em indicadores de gestão hospitalar”, uma vez que todos os *outputs* mencionados são utilizados pela instituição como indicadores de gestão hospitalar, numa primeira análise pelos Enfermeiros-Chefes e posteriormente pelos órgãos de gestão e administração hospitalar, concluindo-se que a hipótese foi confirmada.

Posteriormente foi feita a análise das respostas dos Enfermeiros-Chefes, dando origem à variável *Valor Acrescentado do SAPE para a Gestão Hospitalar*, uma vez que produz indicadores de qualidade, identifica e monitoriza os cuidados de enfermagem, incentiva a reflexão sobre a prática de enfermagem, influencia a implementação de medidas organizacionais e fornece informação útil para uma melhor gestão de recursos humanos.

Identificou-se ainda a variável *Mais-Valia do SAPE para o Funcionamento Institucional*, composta pelo fornecimento de indicadores de qualidade à instituição, pela rapidez no acesso à informação pelos utilizadores diretos, Enfermeiros-Chefes e órgãos de gestão hospitalar e pelo apoio que o sistema fornece nos cuidados de enfermagem, de forma direta e constante, proporcionando uma ferramenta de trabalho útil para as equipas de trabalho, gerando índices de maior eficácia e eficiência no seu desempenho.

Analisando as duas variáveis identificadas acima, verificou-se a **Hipótese 2**: “Os *Enfermeiros Chefes* consideram que o SAPE é uma mais-valia para o funcionamento

organizacional do Hospital X, considerando os outputs fornecidos pelo mesmo, como informação de valor acrescentado para a gestão hospitalar”, concluindo-se que a mesma hipótese foi confirmada com a investigação, através da identificação dos participantes dos indicadores que consideram como valor acrescentado para a gestão e por que motivo, enquanto profissionais de saúde da instituição, consideram que o SAPE se caracteriza como sendo uma mais-valia para o seu funcionamento organizacional.

A segunda fase do estudo, caracterizou-se por uma metodologia quantitativa, onde se pretendeu analisar a opinião dos utilizadores diários e frequentes do SAPE, os Enfermeiros de Cuidados Gerais, sobre qual o contributo do sistema como ferramenta de apoio no trabalho, a sua avaliação geral do SAPE, numa perspetiva utilitária e por fim se consideravam o SAPE uma mais-valia para o funcionamento organizacional da instituição onde trabalham.

Foi feita ainda uma análise comparativa, entre essa mesma opinião dos participantes, em função de algumas variáveis independentes presentes no estudo, nomeadamente, do género, habilitações académicas, categoria profissional, existência prévia de conhecimentos informáticos e a experiência profissional.

Tendo em conta a verificação das hipóteses que nos propusemos no início da investigação, as questões deste questionário (Questionário B – Enfermeiros de Cuidados Gerais), foram agrupadas em três dimensões distintas, sendo elas: Contributo do SAPE no local de trabalho, Avaliação geral do SAPE e Mais-valias do SAPE para a instituição.

Tal como já referido, este questionário foi construído com uma vertente de resposta fechada, tendo como base a teoria apresentada durante o percurso da investigação, tendo uma primeira parte com perguntas idênticas ao Questionário A (Enfermeiros-Chefes), de forma a caracterizar a amostra, e uma segunda fase com uma escala tipo Likert, subdividida nas dimensões apresentadas anteriormente.

A análise da consistência interna do Questionário B foi realizada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, verificando-se a existência de valores favoráveis à sua utilização no estudo.

A amostra teve a adesão voluntária e com consentimento prévio autorizado de 71 participantes, Enfermeiros a exercer funções nos serviços de Medicina (I e II), Cirurgia (I e II) e Infeciologia.



Dessa amostra 89% dos enfermeiros são do género feminino, verificando-se neste estudo ainda a atual predominância do sexo feminino na profissão de enfermagem. Os participantes são maioritariamente jovens, sendo a percentagem mais elevada correspondente à faixa etária entre os 31 e os 35 anos. Dada ser uma amostra jovem, foi espectável uma percentagem elevada na Licenciatura como habilitação académica, sendo a opção de 89% dos participantes. Em relação à categoria profissional, 74,3% classifica-se como sendo Enfermeiro (de Cuidados Gerais), sem nenhum tipo de especialização ou graduação, sendo que apenas 18,6% escolheram a opção de Enfermeiro Graduado e 7,1% de Enfermeiro Especialista, não perfazendo a maioria da amostra. Por último como experiência profissional, a maior percentagem de participantes (39,4%) situa-se entre os 6 a 10 anos.

Como todos os objetivos do estudo, pressupõem um uso frequente do SAPE, para uma análise crítica do mesmo para o preenchimento dos instrumentos de colheita de dados, foi importante analisar a frequência de utilização do sistema, onde se verificou que 95,8% da amostra respondeu que utiliza o mesmo diariamente, o que viabiliza a investigação e pressupõe um conhecimento adequado da matéria em análise.

Outro aspeto importante, que poderia influenciar a opinião dos participantes sobre o SAPE, era a existência ou não, de conhecimentos prévios sobre informática, onde se constatou que apenas uma baixa percentagem de participantes afirmou que não possuía conhecimentos de informática antes de começar a usar o SAPE. Este dado faz com que a maioria dos enfermeiros questionados esteja familiarizado com material informático, não existindo essa barreira de aprendizagem para a maioria da população em estudo.

Em relação à formação sobre o funcionamento do SAPE, dada pela instituição para utilização do sistema no serviço, 93% indicou que teve formação, embora apenas 60,9% considere que a mesma tenha sido suficiente. Existe ainda uma percentagem significativa de participantes que a consideram insuficiente (39,1%), o que expõe a necessidade da instituição investir na área da formação para uma melhor utilização e adesão dos enfermeiros ao SAPE, obtendo-se ainda melhores resultados.

No que respeita ao tempo de intervalo entre a formação sobre o SAPE e a sua implementação no serviço, a maioria das respostas (34,5%), mencionou 6 meses a 1 ano de intervalo, o que poderia ter influenciado a resposta anterior em que se questiona se a

formação foi ou não suficiente, uma vez que alongando o tempo de intervalo maior o risco dos participantes esquecerem o que foi ensinado na formação prévia.

O tempo de utilização do SAPE, contabilizado em anos completos e incluindo toda a experiência profissional do enfermeiro (não apenas o tempo de utilização naquele serviço) foi maioritariamente citado entre os 5 e 6 anos, sendo que os 6 anos foi a percentagem mais elevada (33,3%).

Analisando se a amostra apenas conhece o SAPE ou se já teve contato com outros SI, 60% respondeu conhecer apenas o SAPE, revelando que os SI são uma temática relativamente nova dentro da comunidade de enfermagem daquela instituição.

Na segunda parte do Questionário B, em primeiro lugar analisaram-se as respostas mais vezes mencionadas (calculado da moda), evidenciando um padrão de opinião sobre cada dimensão apresentada.

Na dimensão Contributo do SAPE no local de trabalho verificou-se que o item “Redução dos registos em suporte papel” foi o mais bem pontuado (57,7%), sendo o contributo do sistema mais valorizado pelos enfermeiros da amostra do estudo. Outros itens como “A utilização do SAPE na instituição possibilitou uma melhor comunicação com outras instituições” e “Informações do SAPE facilitam o registo da atividade profissional”, com 49,3% e 46,5%, foram itens que também podem ser considerados como fortemente escolhidos pelos enfermeiros para caracterizar o contributo do SAPE para o seu trabalho diário.

Na dimensão Avaliação Geral do SAPE, a maioria das respostas situam-se no nível Razoável (nível 3 da escala utilizada). Por esse motivo a questão mais bem avaliada foi considerada pelo somatório de percentagens de respostas situadas no nível Bom e Muito Bom (4 e 5 respetivamente na escala Likert), sendo o item sobre o “Tempo de adaptação ao SAPE” (52,1%), revelando que os enfermeiros não sentiram dificuldades na adaptação ao SAPE.

Na dimensão Mais-valias do SAPE para a instituição, a maioria das respostas situam-se no nível Razoável. As questões mais bem avaliadas (Bom) com maior frequência de resposta foram a “Organização do processo do doente”, a “Atualização de dados no processo do doente” e a “Visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente” (46,5%).

Comparando esta dimensão do Questionário B com a informação obtida no Questionário A, os participantes mais uma vez referem a importância da rapidez do acesso aos dados dos doentes internados, sendo o SAPE uma ferramenta facilitadora desse processo, poupando tempo aos enfermeiros na pesquisa nos processos em papel, uma vez que a pesquisa pode ser feita através de vários parâmetros que melhoraram bastante este problema anterior da equipa de enfermagem.

Como já mencionado para o questionário apresentado foram calculados os coeficientes de consistência interna das três dimensões existentes através do coeficiente de Alfa de Cronbach. Os valores encontrados variam entre um mínimo de  $\alpha=,799$  (razoável) na dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho* e um máximo de  $\alpha=,945$  (excelente) na dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição*. A categorização destes valores vai de encontro ao que é mencionado por Hill (2005).

Em termos de comparação entre estudos, o mesmo não foi possível de ser realizado, uma vez que as escalas utilizadas em cada dimensão do instrumento de colheita de dados, foram construídas de raiz pelo investigador, não existindo ainda nenhum estudo em que fossem utilizadas.

Na estatística inferencial, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, o teste *t-student* para uma amostra (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE com um valor teórico), o *t-student* para amostras independentes (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE em duas amostras) e a ANOVA univariada (quando se comparou o valor obtido nas apreciações das dimensões do SAPE em mais de duas amostras). Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene.

Para se atingir o **Objetivo 3** do estudo, com vista à confirmação da **Hipótese 3** elaborada pelo investigador, foi analisada a média obtida na dimensão *Contributo do SAPE no local de trabalho* (média=3,16), tendo em conta a escala de 1 a 5 utilizada, e foi comparada com a média existente no instrumento de colheita de dados, que já pressupõe que consideram o item como contributo, sendo o ponto médio da escala de avaliação (3 = às vezes), tendo-se constatado que a diferença de avaliação é estatisticamente significativa,

$p=,022$ . Pode-se então afirmar que os Enfermeiros de Cuidados Gerais se encontram satisfeitos com o SAPE no que se refere ao seu contributo no trabalho.

Uma vez que para dar resposta ao **Objetivo 3** da investigação é ainda necessário a apreciação dos enfermeiros da *Avaliação Geral do SAPE*, utilizou-se novamente o teste *t-student* para uma amostra, onde se comparou a média desta dimensão (média=3,31) com o ponto médio da escala (3 = razoável), onde mais uma vez se considerou como sendo um ponto a partir do qual já se pressupõe uma resposta com cariz apreciativo, onde se constatou, mais uma vez, que a diferença de avaliação é estatisticamente significativa,  $p=,000$ , concluindo-se que os enfermeiros estão satisfeitos com o SAPE no que se refere a esta dimensão de apreciação.

Concluindo, através das duas análises anteriores obtiveram-se valores estatisticamente significativos, quando comparando a média de respostas com o ponto médio da escala, evidenciando uma posição apreciativa do SAPE, tanto face ao seu contributo no trabalho como com uma apreciação geral satisfatória, indicando uma avaliação geral positiva do sistema, confirmando desta forma a **Hipótese 3** da investigação.

Para o **Objetivo 4** do estudo, pretendeu-se identificar a opinião dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, sobre a relação do SAPE com o atual funcionamento organizacional do Hospital X. Para tal utilizou-se novamente o teste *t-student* para uma amostra, da mesma forma que nas dimensões anteriormente referidas, desta vez com a dimensão *Mais-valias do SAPE para a instituição*. Constatou-se que a diferença de avaliação não é estatisticamente significativa,  $t(67) = 0,377$ ,  $p=,708$ , pelo que se pode concluir que a opinião dos Enfermeiros sobre o impacto do SAPE no atual funcionamento organizacional do Hospital X não é favorável. Tal pode demonstrar que os *outputs* que foram anteriormente identificados no Questionário A podem não ser do conhecimento de todos os enfermeiros da instituição, na medida em que o instrumento de colheita de dados tinha presente itens de avaliação tais como: “Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de incidência de Úlceras de Pressão no serviço”, “Obtenção de informação através do SAPE sobre a monitorização da Escala Risco de Queda”, “Utilização do SAPE para a contabilização de horas de prestação de cuidados, tendo em conta o grau de dependência dos doentes” e “Influência do SAPE no processo de mudança organizacional da instituição”, que neste questionário foram pouco

valorizados, chegando a ter percentagens de resposta elevadas em níveis que revelam insatisfação com o sistema (Muito Mau e Mau).

Desta forma a **Hipótese 4** não foi confirmada através dos dados apresentados, não se verificando que “Os Enfermeiros de Cuidados Gerais consideram que o SAPE é uma mais-valia para o funcionamento organizacional do Hospital X.”.

Posteriormente foi feita análise, com teste *t-student*, das três dimensões apresentadas no Questionário B em função do género dos participantes (duas amostras: género masculino e feminino), com o objetivo (**Objetivo 5**) de comparar a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função do género dos mesmos, onde se verificou que, nas três dimensões, as enfermeiras (género feminino) são as que fazem uma melhor apreciação do SAPE. No entanto, não se obtiveram valores estatisticamente significativos, não se confirmando desta forma a **Hipótese 5** onde se previa que “A apreciação do SAPE varia em função do género dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.”.

Fez-se também a comparação sobre a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função das habilitações académicas dos mesmos (**Objetivo 6**), através da análise do teste *t-student*, das três dimensões apresentadas no Questionário B em função das habilitações académicas (duas amostras: licenciatura e mestrado), onde se verificou que na dimensão *Contributos do SAPE no local de trabalho*, os enfermeiros licenciados fazem uma melhor apreciação e nas dimensões *Avaliação geral do SAPE* e *Mais-valias do SAPE para a instituição* são os enfermeiros com mestrado que fazem uma melhor apreciação. Contudo em nenhuma das dimensões se obtiveram valores significativos, não se podendo confirmar a **Hipótese 6**.

Através da utilização de análise com ANOVA univariada para comparar a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função da sua categoria profissional (Enfermeiros, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista). Verificou-se então que em todas as dimensões (variáveis), *Contributos do SAPE no local de trabalho*, *Avaliação geral do SAPE* e *Mais-valias do SAPE para a instituição*, são os Enfermeiros Especialistas que fazem uma apreciação mais vantajosa sobre o sistema. Mais uma vez nenhuma das comparações foi estatisticamente significativa (apresentam valores muito semelhantes), pelo que a **Hipótese 7**, não pode ser considerada como válida.

Foi feita ainda a comparação sobre a apreciação dos Enfermeiros de Cuidados Gerais sobre o SAPE em função dos conhecimentos informáticos que possuem. Constatou-se que os enfermeiros com conhecimentos prévios de informática têm uma melhor apreciação sobre o SAPE, contudo os valores obtidos não são estatisticamente consideráveis, pelo que não podem ser valorizados para confirmação da **Hipótese 8** da investigação.

Por último identificou-se qual a relação existente entre a experiência profissional e a apreciação do SAPE por parte dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, verificando-se que a correlação entre as dimensões de apreciação do SAPE e a experiência profissional dos enfermeiros não é estatisticamente significativa, verificando-se também que a **Hipótese 9** do estudo não pode ser confirmada.

De todas as hipóteses formuladas apenas as três primeiras foram confirmadas. As Hipóteses 4, 5, 6, 7, 8 e 9 após verificação não foram confirmadas nesta investigação, podendo contudo ser utilizadas noutros estudos, com outro tipo de amostras mais abrangentes, com vista à sua possível confirmação estatística.

No entanto todos os objetivos do estudo foram cumpridos, tendo-se identificado qual o valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo, uma vez que produz indicadores de qualidade, identifica e monitoriza os cuidados de enfermagem, incentiva a reflexão sobre a prática de enfermagem, influencia a implementação de medidas organizacionais e fornece informação útil para uma melhor gestão de recursos humanos, aumenta a rapidez no acesso à informação pelos utilizadores diretos, Enfermeiros-Chefes e órgãos de gestão hospitalar e pelo apoio que o mesmo fornece nos cuidados de enfermagem, identificado como uma boa ferramenta de trabalho.

Para além das características acima mencionadas os Enfermeiros de Cuidados Gerais, consideram o SAPE como um contributo no seu local de trabalho, identificando, de forma maioritária, com o facto de o sistema proporcionar a redução de registos em suporte papel (item mais votado na dimensão Contributo do SAPE no local de trabalho), melhoria na organização do processo do doente, a atualização de dados no processo do doente e a visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente.

## 6. CONCLUSÕES

As mudanças organizacionais são uma constante nas instituições de saúde portuguesas. Nas últimas décadas tem existido a necessidade de adaptar as estruturas e recursos humanos à chegada das novas Tecnologias de Informação, nomeadamente com o aparecimento de Sistemas de Informação em Saúde mais recentes e adaptados à realidade do novo SNS.

Os enfermeiros são um elo essencial entre a população e as unidades de saúde, com visibilidade mais alargada em contexto hospitalar, onde a sua presença é ainda mais sentida e vivida intensamente pelos doentes internados.

Dada a importância dos cuidados prestados pelos enfermeiros sobre a população é necessário que as políticas de gestão de saúde apostem nesta área, desenvolvendo ferramentas de apoio ao seu trabalho, para que as suas funções sejam melhoradas e exista um acréscimo na qualidade dos cuidados prestados.

Como tal o objeto em estudo são os Sistemas de Informação em Enfermagem, nomeadamente o preconizado pela Direção Geral de Saúde, o SAPE, em que utiliza uma linguagem comum a todos os enfermeiros, a CIPE, de forma a melhorar os registos realizados, sendo os mesmos um aspeto fulcral do processo de cuidados realizados.

Essa mesma evolução dos SIE tem acompanhado a evolução da própria profissão de enfermagem, sendo possível a análise de indicadores dos cuidados, que permite uma reflexão sobre as práticas desempenhadas, levando a um aumento de profissionalismo, apoio nas tomadas de decisões, espírito crítico e de investigação e, acima de tudo, aumento da qualidade dos cuidados.

Esses mesmos indicadores são definidos no estudo como *outputs*, tendo sido identificados através da análise de dados fornecidos por enfermeiros a trabalhar num Hospital da área geográfica de Lisboa e Vale do Tejo. Foi feita a distinção de duas amostras específicas (Enfermeiros Chefes e Enfermeiros de Cuidados Gerais), com vista a se formularem objetivos mais específicos, consoante os participantes questionados.

A presente investigação teve então como temática “Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE” e pretendeu-se estudar o impacto dos sistemas de informação na gestão hospitalar.

Como objetivo principal do estudo foi definido como sendo a identificação do valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Após a análise dos resultados obtidos nos dois questionários entregues, foi possível constatar que os Enfermeiros Chefes já têm presente que através do SAPE se consegue obter indicadores de qualidade sobre os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar, podendo os mesmos servir para a melhoria do desempenho das funções dos enfermeiros de forma a atingir índices de qualidade satisfatórios da instituição de saúde para com a população abrangida.

Em relação aos Enfermeiros de Cuidados Gerais, logo na recolha dos questionários se demonstrou que ainda existem serviços no Hospital X, muito renitentes à utilização do SAPE e sobre o seu benefício para a atividade profissional de enfermagem, não tendo sequer respondido ao instrumento de colheita de dados após conhecerem a temática. No entanto, após a análise concreta das respostas obtidas, foi possível identificar a real opinião dos enfermeiros sobre o contributo do SAPE no local de trabalho, qual a avaliação geral do sistema e quais as mais-valias para a instituição.

A apreciação dos enfermeiros sobre as três variáveis definidas foi favorável, no entanto com valores muito perto do ponto médio da escala elaborada (nível 3), o que indicou ao investigador que a amostra não apresenta uma posição que demarca acentuadamente a sua opinião, uma vez que a frequência de escolha dos itens de extremo foi rara ou inexistente. Este fato é analisado pelo investigador pelo desconhecimento dos enfermeiros sobre a aplicabilidade do SAPE na área da gestão hospitalar e no funcionamento organizacional da instituição onde trabalham, uma vez que em determinados itens sobre indicadores de qualidade, anteriormente mencionados no Questionário A pelos Enfermeiros Chefes, a amostra dos Enfermeiros de Cuidados Gerais demonstrou pouca opinião sobre os mesmos, embora sejam utilizadas ferramentas sobre os mesmos diariamente.

Para os Enfermeiros de Cuidados Gerais foi mais marcante uma opinião de utilizador do SAPE, enquanto ferramenta de trabalho, referindo o “contributo no seu local de trabalho”, com o facto de o sistema proporcionar a redução de registos em suporte papel, existir uma melhor organização do processo do doente, a atualização constante dos dados no processo do doente e a visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente.



A opinião sobre o valor acrescentado do SAPE em relação à gestão hospital é quase inexpressiva, situando-se na maioria das vezes em respostas com pouca visibilidade, quase sempre no ponto médio da escala.

Pode-se concluir que existe ainda um longo caminho a ser percorrido na área da formação, uma vez que um dos aspetos mencionados pelos enfermeiros é a formação insuficiente sobre o SAPE. Nessa mesma formação poderá ser introduzida a temática sobre a aplicabilidade do SAPE na obtenção de *outputs* sobre qualidade, relacionadas com os cuidados de enfermagem prestados em cada serviço, fornecendo informação importante aos gestores hospitalares e consequente Conselho Administrativo, dando origem a novas mudanças organizacionais e melhor desempenho institucional.

Outro aspeto a ser melhorado é retirado do que foi identificado pelos Enfermeiros Chefes, onde mencionam o impacto negativo nos registos de enfermagem provocado pelo SAPE, uma vez que o caracterizam como sendo “reduzidor” (sic), não traduzindo a realidade dos cuidados prestados e dificultando a “percepção da evolução e continuidade dos cuidados” (sic). Para além deste aspeto foram ainda identificadas dificuldades na utilização do SAPE, existindo várias barreiras para se realizarem alterações nos registos de enfermagem, levando a permanecerem os dados antigos, induzindo a informação desatualizada e que não corresponde à realidade.

Foi ainda mencionado como um programa pouco prático na sua utilização, exigindo várias horas para se realizarem os registos de enfermagem, despendendo muito tempo aos profissionais de enfermagem, que o poderiam utilizar em cuidados diretos aos doentes.

No âmbito da administração pública, no setor da saúde, é importante que estes aspetos sejam tidos em conta no sentido de tornar os SIS mais acessíveis, e que proporcionem visibilidade aos dados fornecidos pelos sistemas, como o SAPE, de forma aos profissionais terem a percepção do impacto que os cuidados podem gerar nas próprias instituições e nos ganhos para a saúde da população. Não basta a DGS possuir os dados sobre os indicadores de saúde, se não os partilhar e divulgar perante os utilizadores diretos do sistema, de forma a proporcionar um incentivo à sua utilização, gerando dados com cada vez mais qualidade.

No entanto a temática requer mudanças organizacionais e dos próprios profissionais de saúde que o utilizam, necessitando de meios financeiros, para a aquisição dos sistemas,

dos equipamentos, espaços, recursos humanos e formação qualificada. Com o estudo realizado pretendeu-se obter mais conhecimentos sobre as vantagens dos SIE para os hospitais do SNS e sobre o impacto que os mesmos podem fornecer às instituições, tendo-se manifestado como benéfico em médio prazo, quando bem implementado, com os recursos necessários e com a utilização adequada por parte dos órgãos gestores.

Na existência de dados relevantes, a gestão hospitalar analisará os indicadores de qualidade e terá de calcular qual o custo-benefício sobre a adoção de modelos estratégicos.

Tendo em conta o impacto que os serviços de saúde têm sobre a população, sendo os profissionais de enfermagem o grupo de profissionais com maior representação nos hospitais portugueses, podem ser o pilar para a reformulação de novos modelos de cuidados em saúde, com otimização do que é realizado com qualidade e em prol da promoção da saúde, nunca esquecendo os limites abrangidos no orçamento de Estado da área em questão, toda a discussão pública e política associada.

A investigação realizada pretende ser um ponto de referência para futuras pesquisas sobre o impacto dos SIE na gestão hospitalar dos hospitais portugueses, podendo ainda ser utilizado como comparação entre estudos semelhantes a nível europeu ou mundial (avaliando as diferenças entre sistemas de saúde utilizados). Pode-se ponderar estudos que abranjam uma amostra maior de profissionais, de forma a poder generalizar os resultados, uma vez que não foi possível realizar com a presente investigação.

É ainda relevante o alargamento do tema a outras unidades de cuidados, como sendo Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados e realizar-se comparação com o contexto hospitalar, uma vez que existem estudos sobre o SAPE realizados já em Centros de Saúde (Cuidados de Saúde Primários) e outros Hospitais do Norte do país.

### 6.1. Limitações do Estudo

Ao longo do trabalho de investigação surgiram algumas limitações na elaboração do mesmo. Uma dessas limitações dizem respeito à inexistência de resposta por parte da Enfermeira Diretora do Hospital sobre o qual incidiu o estudo, tendo existindo várias tentativas de contacto com a mesma sem sucesso e nunca se obteve resposta sobre a sua possível colaboração na participação do estudo através de entrevista ou questionário.

Desta forma só foi possível a análise dos questionários entregues aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros de Cuidados Gerais dos serviços em análise, não se obtendo uma visão mais aprofundada dos gestores do Conselho de Administração (nomeadamente na área de Enfermagem). Toda a parte referente á gestão hospitalar foi analisada a partir dos questionários preenchidos pelos Enfermeiros Chefes, sendo essa mesma visão menos abrangente e mais direcionada aos serviços que são dirigidos pelos mesmos.

Como outra limitação ao estudo foi o facto de existir uma fraca adesão no preenchimento ao questionário num dos serviços escolhidos (Cirurgia I), uma vez que a opinião sobre o sistema não era favorável e optaram por não participar no estudo dando como justificativa o facto de não concordarem com a aplicabilidade no seu trabalho. Por esse motivo houve uma redução de respostas (inferior ao anteriormente previsto de 20 para 10 respostas) reduzindo a amostra do estudo para 74 participantes (incluindo Questionário A e B).

Tanto o primeiro como o segundo aspeto foram determinantes para que o estudo fosse reestruturado criando novos objetivos a serem analisados.

Outra limitação para a análise dos resultados obtidos foi o facto de a maioria dos inquiridos situar a maior percentagem de respostas em níveis intermédios de avaliação. Numa escala de resposta de 1 a 5, maioria das respostas obtidas situa-se no nível 3, sendo por esse motivo consideradas respostas favoráveis embora pouco consistentes uma vez que não demonstra uma forte convicção nos aspetos positivos do SAPE.

Este aspeto pode ser relacionado com o facto de os participantes não se sentirem suficientemente seguros para dar uma resposta que demarque mais a sua posição em relação ao sistema ou apenas porque não conseguem definir qual o real contributo do SAPE para o seu trabalho e para a gestão hospitalar.

## 7. BIBLIOGRAFIA

### Imagem da capa:

- Health Information Technology - <http://www.biojobblog.net/2009/10/09/health-information-technology-the-next-frontier/> (31-01-2013, 21h).

### Referências Bibliográficas:

- ACSS (2010). RES - Registo de Saúde Eletrónico: Documento estado da arte (versão 3.0). Ministério da Saúde. Lisboa.
- Aleixo, T. J. F. (2009). Contributo de Enfermagem para a Gestão. Artigo elaborado no contexto da Unidade Curricular de Comunicação e Marketing no 1º ano do Mestrado em Gestão de Serviços de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa – Lisboa.
- Araújo, J.F. (2001). Tendências recentes de abordagem à reforma administrativa. Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas. (1), 2000, pp. 38-47.
- Benito, G. A. V., Licheski, A. P. (2009). Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. Maio-Junho 2009. Vol. 62 (3), pp. 447-450.
- Bilhim, J. (2001). Gerir a Administração Pública como uma Empresa. Reforma do Estado e Administração Pública Gestionária. Fórum 2000. Renovar a Administração: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Lisboa, pp. 77-84.
- Bilhim, J. (2008). Teoria Organizacional: Estruturas e Pessoas (6ª ed.). Lisboa: UTL/ISCSP.
- Boquinhas, J. M. (2012). Políticas e Sistemas de Saúde. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Brans, Marleen (1997). “Challenges to the Practice and Theory of PublicAdministration in Europe”. Journal of Theoretical Politics. 9 (3), 389-415.

- Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Alto Comissário da Saúde.
- Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). Metodologia de Investigação: Guia para Auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, E.R. (2007). Políticas de Reforma Administrativa em Portugal. Lisboa: UTL/ISCSP.
- Carvalho, J.E. (2011). Gestão de Empresas: Princípios Fundamentais (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Comissão Europeia (2004) - e-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. Comunicação n.º COM(2004)356, da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Bruxelas.
- Comissão Europeia (2010) - Uma Agenda Digital para a Europa. Comunicação n.º 245, da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Bruxelas.
- Decreto-Lei n.º 47/1990 – Lei de Bases da Saúde, D.R. n.º 195, Série I de 24 de Agosto de 1990.
- Decreto-Lei n.º 219/2007 – Aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., D.R. n.º 103, Série I de 29 de Maio de 2007.
- Denhardt, J. V. & Denhardt, R. B. (2003). The New Public Service: Serving, not Steering. Armonk: M.E. Sharpe.
- Denhardt, J. V. & Denhardt, R. B. (2000). The New Public Service: Serving rather than Steering. Public Administration Review; Nov/Dec 2000; 60(6); Wilson Social Sciences Abstracts.
- Direção Geral de Saúde - Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde, 2004/2010 – Orientações Estratégicas. Vol.II. Lisboa.

- Dunleavy, P. & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. Public Money & Management. Blackwell Publishers. Cambridge.
- Espanha, R., Fonseca, R. B. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Tecnologias de Informação e Comunicação. Alto Comissário da Saúde. Setembro 2010.
- Fernandes, A. C. (coord.) (2011a). A Qualidade em Saúde face aos novos desafios do Sistema de Saúde. Cadernos Saúde e Sociedade. Loures: Diário de Bordo Editores.
- Fernandes, A. C., Costa, F. L., Barros, P. P., Ivo, R. S., Mello, S. (2011b). Saúde em análise: Uma visão para o futuro. Deloitte Consultores, S.A. Lisboa. 2011.
- Fortin, M.F. (2000). O Processo de Investigação (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gomes, P., Paiva, N., Simões, B. (2009). Análise da Viabilidade Económica das Aplicações SAM e SAPE. Gabinete de Análise Económica. Universidade Nova de Lisboa: Economia e Gestão. Administração Central do Sistema de Saúde. Versão 1.0 de 11 de Fevereiro de 2009.
- Harfouche, A.P.J. (2008). Hospitais transformados em empresas - Análise do impacto na eficiência: Um estudo comparativo. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Harfouche, A.P.J. (2011). Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Hill, J. W., Powell, P. (2009). The national healthcare crisis: Is eHealth a key solution?. Vol. 52. Business Horizons, p. 265-277.
- Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2005), Investigação por questionário, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa.
- Hood, Christopher (1991). A Public Management for All Seasons? Public Administration. Vol. 69 (1), pp. 3-19.

- Hood, Christopher (1995). The 'New Public Management' in the 1980s: Variations on the theme. *Accounting, Organizations and Society*. Vol. 20 (2/3), pp. 93-109.
- IGIF: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2002). *Sistema Integrador de Informação Hospitalar (SONHO)*.
- Internacional Council of Nurses (2005) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Internacional Council of Nurses (2000) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Johnson, M. et al. (2005). *Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC e NIC*. Artmed Editora, 2005. São Paulo. ISBN: 85-363-0374-3.
- Lapão, L.V.(2005). A complexidade da saúde obriga à existência de uma arquitectura de sistemas e de profissionais altamente qualificados. O problema da saúde - inexistência de informação impossibilita a gestão. *Tékhné - Revista de Estudos Politécnicos*, Volume 2, N.º 4, Dezembro de 2005.
- Lapão, L.V. (2010). *Papel Crítico dos Sistemas de Informação na Saúde - Considerações no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. 2010.
- Leal, M. T. (2006). *A CIPE® e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. 1ª Edição. Loures: Lusociência: 2006. ISBN: 972-8930-20-8.
- Lima, D. F. B., Braga, A. L. S., Fernandes, J. L., Brandão, E. S. (2011). Sistema de informação em saúde: concepções e perspetivas dos enfermeiros sobre o prontuário eletrónico do paciente. *Revista de Enfermagem Referência*. 3ª Série, nº5. Dezembro 2011, p. 113-119.
- Lopes, S., Costa, C. (2007). *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos em Portugal*.

- Malato, D. (2011). Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE) – Recolha de Dados de Progresso 2010. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. 30 de Agosto de 2011.
- Marôco, João (2007). Análise estatística com utilização do SPSS, Edições Sílabo, 3ª edição, Lisboa.
- Missão para a Sociedade da Informação (1997). Livro Verde para a Sociedade da Informação em Portugal. Ministério da Ciência e da Tecnologia.
- Malato, D. (2011). Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE) – Recolha de Dados de Progresso 2010. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. 30 de Agosto de 2011.
- Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O'Donnell, C., Wallace, P., et al. (2011). Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. Implementation Science. Vol. 6 (6), pp. 1-11.
- Nobrega, M.; Gutiérrez, M. (2000) Sistemas de Informação de Enfermagem: avanços e perspectivas. In: Garcia, M.; Nobrega, M. – Sistema de Classificação de Enfermagem – Um Trabalho Colectivo. João Pessoa. Ideias, 2000.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE): Principios básicos da arquitectura e princípios técnico-funcionais. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Osborne, Stephen P.; Kate McLaughlin (2002). “The New Public Management inContext”. In Kate McLaughlin; Stephen P. Osborne; Ewan Ferlie (eds.). New Public Management: Current Trends and Future Prospects. London: Routledge, pp. 7-14.
- Pereira, D., Nascimento, J.C. & Gomes, R. (org.) (2011). Sistemas de Informação na Saúde – Perspetivas e Desafios em Portugal. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: Um sistema integrado e personalizado. Coimbra: Quarteto.



- Pollitt, Christopher (2002a). The New Public Management in Internacional Perspective: An analysis of impacts and effects. In Kate Mc Laughlin; Stephen P. Osborne; Ewan Ferlie (eds.) New Public Management: Current Trends and Future Prospects. London: Routledge, pp. 274-292.
- Pollitt, Christopher (2002b). Clarifying Convergence: Striking similarities and durable differences in public management reform. Public Management. 2 (2), pp. 471-492.
- Pollitt, Christopher (2003). The Essential Public Manager. Maidenhead: Open University Press.
- Rocha, J.A.O. (2000). Modelos de Gestão Pública. Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas, (1), pp. 6-16.
- Rodrigues Filho, J. (2001). The complexity of developing a nursing information system: a brazilian experience. *Computers in Nursing*, Vol. 19, Nº 3, p. 98-104.
- Silva, A. A. P. (2006) – Sistema de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa de mudança. Porto: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Souza, A. A., Amorim, T. LC. M., Guerra, M. (2008). Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, Julho/Dezembro 2008, pp. 38-45.
- Toromanovic, S., Hasanovic, E., Masic, I. (2010). Nursing Information Systems. Academy of the Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina. Mater Sociomed. 2010; 22(3): 168–171.
- Valentim, M. P. (2000). Profissional da informação: formação, perfil e atuação profissional. São Paulo: Polis.

#### Referências Eletrónicas:

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. In: <http://www.spms.pt/>.
- Administração Central do Serviço de Saúde. In: <http://www.acss.min-saude.pt/>.
- Portal da Saúde. In: <http://www.portaldasaude.pt/>.
- Ordem dos Enfermeiros. In: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.

# **APÊNDICES**

# **APÊNDICE I**

## **Cronograma da Investigação**

Tarefas  Ano/Meses	Ano 2012			Ano 2013											
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Escolha do tema	X	X													
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X				X	X				X
Elaboração da Questão e Objetivos		X													
Participação em Seminários no ISCSP	X	X													
Entrega do Pedido de autorização de colheita de dados estatísticos						X									
Finalização do projeto da dissertação				X											
Elaboração do enquadramento teórico			X	X	X	X	X	X	X			X			X
Aplicação do pré-teste									X						
Receção da autorização para realização do estudo										X					
Aplicação do questionário										X					
Colheita e tratamento dos dados obtidos										X	X	X	X	X	X

Tarefas  Ano/Meses	Ano 2014								
	Janeiro	Fevereiro <sup>5</sup>	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Colheita e tratamento dos dados obtidos	X								
Pesquisa bibliográfica	X								
Elaboração de Enquadramento Teórico	X				X	X	X	X	
Adaptação dos objetivos do estudo					X	X	X		
Análise dos dados						X	X	X	
Discussão de resultados e análise crítica								X	
Revisão da dissertação									X
Entrega da dissertação final									X

<sup>5</sup> Durante o intervalo de tempo entre Fevereiro de 2014 e Maio de 2014 devido a problemas de saúde do investigador a investigação esteve suspensa

## **APÊNDICE II**

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido  
para Participação em Questionário de  
Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
PARTICIPAÇÃO EM QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO



O presente estudo intitulado de “**O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE**” tem como problemática o impacto dos sistemas de informação na gestão hospitalar e como objetivo geral a identificação do valor acrescentado do SAPE (**Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem**) para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Com o instrumento de recolha de dados pretende-se recolher informação sobre a opinião dos utilizadores principais do SAPE, sobre o seu contributo para o desempenho diário no seu trabalho e funcionamento organizacional e ainda se são utilizados *outputs* de gestão hospitalar (produzidos diretamente pelo sistema) e identificá-los através de questionários aos elementos que administram a gestão de cada serviço em individual e no geral na instituição.

Pede-se por isso a colaboração no estudo de todos os enfermeiros do departamento de Cirurgia (Serviço I e II) e Medicina (Serviço I, II e III), incluindo os Enfermeiros Chefes dos mesmos e a Enfermeira Diretora da Instituição para o preenchimento do presente questionário.

Os questionários destinam-se exclusivamente a ser utilizados para recolha de dados/informação para o estudo já mencionado. Solicita-se, deste modo, que dê resposta às questões colocadas dispensando-lhes a máxima atenção e traduzindo nas respostas a sua opinião refletida sobre o tema em apreço. No impresso não deve inscrever nada que o possa identificar, uma vez que se pretende garantir o carácter anónimo dos dados.

Em qualquer altura, é garantido que a presente autorização pode ser retirada e pode desistir da participação no estudo, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete a própria pessoa.

**Investigadora:** Célia Carina dos Santos Monteiro – Mestrado Administração Pública – Administração em Saúde, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade Técnica de Lisboa.

**Assinatura da Investigadora:** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Pode contactar a investigadora através do email: [celiamonteirromestrado@gmail.com](mailto:celiamonteirromestrado@gmail.com)  
Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

*Declaro ter lido e compreendido este documento. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

**Assinatura do Participante:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **APÊNDICE III**

### **Questionário A**



## Questionário

### O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta

#### Grupo I - Caracterização da amostra

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Habilitações Literárias:
  - Licenciatura ☐
  - Bacharelato ☐
  - Mestrado ☐
  - Doutoramento ☐
4. Categoria Profissional:
  - Enfermeiro ☐
  - Enf. Graduado ☐
  - Enf. Especialista ☐
  - Enf. Chefe ☐
5. Tempo de exercício profissional? \_\_\_\_\_ (anos completos)

#### Grupo II - Sistemas de Informação

1. Com que frequência utiliza o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) como Sistema de Informação, no seu serviço/local de trabalho?
  - Diariamente ☐
  - Frequentemente ☐
  - Esporadicamente ☐
  - Sempre que necessário ☐

#### Grupo III – Gestão Hospitalar

1. A instituição utiliza informação fornecida através do SAPE, *outputs*, como indicadores de gestão hospitalar?  
Sim ☐ Não ☐

- 1.1. Se respondeu afirmativamente na pergunta anterior, indique quais os *outputs* utilizados.

---

---

---

---

2. Qual o valor acrescentado do SAPE para a gestão hospitalar da instituição, tendo em conta os *outputs* utilizados?

---

---

---

3. Considera o SAPE uma mais valia-valia para o funcionamento da instituição?

Sim ☐ Não ☐

- 3.1. Se respondeu afirmativamente na pergunta anterior, em que medida o SAPE é essencial para o funcionamento organizacional da Instituição?

---

---

---

---

---

---

---

**Mais uma vez, agradeço a sua colaboração.**

**Por favor, antes de entregar o questionário verifique se respondeu a todas as questões.**

## **APÊNDICE IV**

### **Questionário B**

## Questionário

### O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta

#### Grupo I - Caracterização da amostra

1. Género: Feminino ☐ Masculino ☐
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Habilitações Literárias:
  - Licenciatura ☐
  - Bacharelato ☐
  - Mestrado ☐
  - Doutoramento ☐
4. Categoria Profissional:
  - Enfermeiro ☐
  - Enf. Graduado ☐
  - Enf. Especialista ☐
  - Enf. Chefe ☐
5. Tempo de exercício profissional? \_\_\_\_\_ (anos completos)

#### Grupo II - Sistemas de Informação

1. Com que frequência utiliza o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) como Sistema de Informação, no seu serviço/local de trabalho?
  - Diariamente ☐
  - Frequentemente ☐
  - Esporadicamente ☐
  - Sempre que necessário ☐
2. Antes da implementação da SAPE no seu serviço:
  - 2.1. Possuía conhecimentos de informática? Sim ☐ Não ☐
  - 2.2. Teve formação sobre o funcionamento do SAPE em uso no seu serviço?  
Sim ☐ Não ☐
  - 2.3. Considera essa formação suficiente? Sim ☐ Não ☐
  - 2.4. Quanto tempo decorreu entre a apresentação do SAPE no serviço e a sua utilização efetiva? \_\_\_\_\_



- 2.5. Há quanto tempo utiliza o SAPE (incluir toda a sua experiência profissional em anos completos)? \_\_\_\_\_
- 2.6. Que outro Sistemas de Informação (excluindo o SAPE) já utilizou? (indicar nomes caso tenha utilizado)
- \_\_\_\_\_

### Grupo III – Contributo do SAPE no local de trabalho

De acordo com a escala apresentada (1-“Nunca” a 5-“Sempre”), coloque um **X** na classificação que melhor representa a sua opinião sobre cada questão a respeito do SAPE

Classifique:	Nunca (1)	Raramente (2)	Às Vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Sempre (5)
1.O seu serviço tem os componentes físicos e materiais para a utilização do SAPE de forma adequada à sua atividade profissional?					
2.As informações existentes na base de dados do SAPE facilitam o registo da sua atividade profissional?					
3.Com o SAPE diminuiu-se a perda de informação?					
4.Com o SAPE reduziram-se os registos de enfermagem em suporte papel?					
5.A informação produzida pelo SAPE veio valorizar a sua atividade profissional?					
6.A utilização do SAPE na instituição possibilitou a continuidade dos cuidados aos utentes?					
7.A utilização do SAPE na instituição possibilitou uma melhor comunicação com outras instituições? (ex. carta de alta/transferências de doentes)					
8.Considera ter menos tempo para prestar cuidados presenciais ao doente?					

### Grupo IV - Avaliação Geral do SAPE

De acordo com a escala apresentada (1-“Muito Mau” a 5-“Muito Bom”), coloque um **X** na classificação que melhor representa a sua opinião sobre cada afirmação a respeito do SAPE

Classifique:	Muito Mau (1)	Mau (2)	Razoável (3)	Bom (4)	Muito Bom (5)
1.Os registos de enfermagem elaborados através do SAPE					



<b>Classifique (continuação Grupo IV):</b>	<b>Muito Mau (1)</b>	<b>Mau (2)</b>	<b>Razoável (3)</b>	<b>Bom (4)</b>	<b>Muito Bom (5)</b>
2.A linguagem utilizada no SAPE em termos de perceção (CIPE®)					
3.A transmissão de informação através do SAPE					
4.O desenvolvimento diário das atividades profissionais de enfermagem através do SAPE					
5.A qualidade dos dados produzidos pelo SAPE					
6.A qualidade do SAPE enquanto instrumento de trabalho					
7.O funcionamento do SAPE tendo em conta as necessidades do seu serviço					
8.O tempo que demorou a adaptar-se ao SAPE					

**Grupo V – Mais- valias do SAPE para a instituição**

De acordo com a escala apresentada (1-“Muito mau” a 5-“Muito Bom”), coloque um **X** na classificação que melhor representa a sua opinião sobre cada afirmação a respeito do SAPE

<b>Classifique:</b>	<b>Muito Mau (1)</b>	<b>Mau (2)</b>	<b>Razoável (3)</b>	<b>Bom (4)</b>	<b>Muito Bom (5)</b>
1.Organização do processo do doente					
2.Atualização de dados no processo do doente					
3.Partilha de informação entre a equipa multidisciplinar					
4.Acesso a todo o processo do doente (incluindo área médica, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, entre outros)					
5.Interação do SAPE com outros Sistemas de Informação do Hospital					
6.Tempo gasto para realizar registos de enfermagem dos doentes					
7.Uniformização dos focus atenção entre serviços					
8.Número de enfermeiros no serviço, tendo em conta a existência do SAPE na instituição					



<b>Classifique (continuação Grupo V):</b>	<b>Muito Mau (1)</b>	<b>Mau (2)</b>	<b>Razoável (3)</b>	<b>Bom (4)</b>	<b>Muito Bom (5)</b>
9. Parametrização de intervenções de enfermagem entre serviços					
10. Formação específica na utilização do SAPE tendo em conta as características do serviço					
11. Método de trabalho de enfermagem utilizado no serviço tendo em conta a existência do SAPE					
12. Processo do doente em sistema informático ao invés do processo em papel					
13. Visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente (ex. Alertas/Alergias/Isolamentos/Histórico de internamentos anteriores)					
14. Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de infeção no serviço (ex. Feridas Cirúrgicas)					
15. Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de incidência de Úlceras de Pressão no serviço					
16. Obtenção de informação através do SAPE sobre quais os tratamentos mais frequentes, aplicados nas feridas dos doentes do serviço					
17. Obtenção de informação através do SAPE sobre a monitorização da Escala Risco de Queda					
18. Utilização do SAPE para a contabilização de horas de prestação de cuidados, tendo em conta o grau de dependência dos doentes					
19. O SAPE influenciou o processo de mudança organizacional da instituição					
20. A utilização do SAPE na instituição, implicou ganhos em saúde para os utentes					

**Mais uma vez, agradeço a sua colaboração.**

**Por favor, antes de entregar o questionário verifique se respondeu a todas as questões.**

## **APÊNDICE V**

Matriz da Base de Dados Estatísticos



## **ESTATÍSTICA DESCRITIVA**

```
FREQUENCIES VARIABLES=Sexo Idade Habilit CatProf TempExProf FreqUtilização  
ConhecInf FormSAPE FormSuf TempoFormaçãoApresentação TempoUtilizaçãoSAPE  
OutrosSistemas  
/ORDER=ANALYSIS.
```

### **Frequencies**

#### **Frequency Table**

		Sexo			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	63	88,7	88,7	88,7
	Masculino	8	11,3	11,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

**Idade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
23	1	1,4	1,4	1,4
24	2	2,8	2,8	4,2
25	3	4,2	4,2	8,5
26	3	4,2	4,2	12,7
27	3	4,2	4,2	16,9
28	10	14,1	14,1	31,0
29	2	2,8	2,8	33,8
30	5	7,0	7,0	40,8
31	8	11,3	11,3	52,1
32	3	4,2	4,2	56,3
33	6	8,5	8,5	64,8
34	4	5,6	5,6	70,4
35	3	4,2	4,2	74,6
37	1	1,4	1,4	76,1
38	2	2,8	2,8	78,9
39	1	1,4	1,4	80,3
40	1	1,4	1,4	81,7
41	1	1,4	1,4	83,1
42	1	1,4	1,4	84,5
43	2	2,8	2,8	87,3
44	1	1,4	1,4	88,7
46	3	4,2	4,2	93,0
47	2	2,8	2,8	95,8
50	2	2,8	2,8	98,6
53	1	1,4	1,4	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Valid

**Habilitações Literárias**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Licenciatura	63	88,7	88,7	88,7
Bacharelato	1	1,4	1,4	90,1
Mestrado	7	9,9	9,9	100,0
Total	71	100,0	100,0	

Valid

**Categoria Profissional**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermeiro	52	73,2	74,3	74,3
	Enf.Graduado	13	18,3	18,6	92,9
	Enf.Especialista	5	7,0	7,1	100,0
	Total	70	98,6	100,0	
Missing	-1	1	1,4		
Total		71	100,0		

TempExProf

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	2	2,8	2,9	2,9
2	1	1,4	1,4	4,3
3	4	5,6	5,8	10,1
4	5	7,0	7,2	17,4
5	5	7,0	7,2	24,6
6	7	9,9	10,1	34,8
7	7	9,9	10,1	44,9
8	7	9,9	10,1	55,1
9	3	4,2	4,3	59,4
10	4	5,6	5,8	65,2
11	1	1,4	1,4	66,7
12	3	4,2	4,3	71,0
13	3	4,2	4,3	75,4
Valid 14	2	2,8	2,9	78,3
15	1	1,4	1,4	79,7
16	3	4,2	4,3	84,1
17	1	1,4	1,4	85,5
18	1	1,4	1,4	87,0
19	1	1,4	1,4	88,4
20	2	2,8	2,9	91,3
21	1	1,4	1,4	92,8
23	1	1,4	1,4	94,2
24	1	1,4	1,4	95,7
25	1	1,4	1,4	97,1
29	1	1,4	1,4	98,6
31	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	97,2	100,0	
Missing -1	2	2,8		
Total	71	100,0		

### Frequência de utilização do SAPE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Diariamente	68	95,8	95,8	95,8
Frequentemente	2	2,8	2,8	98,6
Esporadicamente	1	1,4	1,4	100,0
Total	71	100,0	100,0	

### Possuir conhecimentos de informática

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	58	81,7	84,1	84,1
Não	11	15,5	15,9	100,0
Total	69	97,2	100,0	
Missing -1	2	2,8		
Total	71	100,0		

### Possuir formação sobre o SAPE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	66	93,0	93,0	93,0
Não	5	7,0	7,0	100,0
Total	71	100,0	100,0	

### Considerar a formação sobre o SAPE suficiente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	42	59,2	60,9	60,9
Não	27	38,0	39,1	100,0
Total	69	97,2	100,0	
Missing -1	2	2,8		
Total	71	100,0		

**TempoFormaçaõApresentação\_2**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem tempo de intervalo	17	23,9	29,3	29,3
	Até 1 mês	6	8,5	10,3	39,7
	De 1 a 6 meses	13	18,3	22,4	62,1
	De 6 meses a 1 ano	20	28,2	34,5	96,6
	Mais de 1 ano	2	2,8	3,4	100,0
	Total	58	81,7	100,0	
Missing	-1	13	18,3		
Total		71	100,0		

**TempoUtilizaçãoSAPE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	2,8	2,9	2,9
	2	4	5,6	5,8	8,7
	3	5	7,0	7,2	15,9
	4	7	9,9	10,1	26,1
	5	17	23,9	24,6	50,7
	6	23	32,4	33,3	84,1
	7	8	11,3	11,6	95,7
	8	2	2,8	2,9	98,6
	11	1	1,4	1,4	100,0
	Total	69	97,2	100,0	
Missing	-1	2	2,8		
Total		71	100,0		

**Outros sistemas utilizados**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	30	42,3	60,0	60,0
	1	7	9,9	14,0	74,0
	2	3	4,2	6,0	80,0
	3	10	14,1	20,0	100,0
	Total	50	70,4	100,0	
Missing	-1	21	29,6		
Total		71	100,0		

## Custom Tables

Table 1

		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas Vezes
Componentes físicos e materiais adequados à utilização do SAPE	Count	2	11	29	27
	Row N %	2,8%	15,5%	40,8%	38,0%
Informações do SAPE facilitam o registo da atividade profissional	Count	3	6	33	26
	Row N %	4,2%	8,5%	46,5%	36,6%
Diminuição da perda de informação	Count	3	19	27	18
	Row N %	4,2%	26,8%	38,0%	25,4%
Redução dos registos em suporte papel	Count	0	1	7	41
	Row N %	0,0%	1,4%	9,9%	57,7%
Informação produzida pelo SAPE valoriza a atividade profissional	Count	3	24	27	15
	Row N %	4,2%	33,8%	38,0%	21,1%
A utilização do SAPE na instituição possibilitou a continuidade dos cuidados aos utentes	Count	3	9	30	25
	Row N %	4,2%	12,7%	42,3%	35,2%
A utilização do SAPE na instituição possibilitou uma melhor comunicação com outras instituições	Count	4	9	35	20
	Row N %	5,6%	12,7%	49,3%	28,2%
Menos tempo para cuidados presenciais aos doentes	Count	21	16	26	6
	Row N %	30,0%	22,9%	37,1%	8,6%

Table 1

		Sempre
Componentes físicos e materiais adequados à utilização do SAPE	Count	2
	Row N %	2,8%
Informações do SAPE facilitam o registo da atividade profissional	Count	3
	Row N %	4,2%
Diminuição da perda de informação	Count	4
	Row N %	5,6%
Redução dos registos em suporte papel	Count	22
	Row N %	31,0%
Informação produzida pelo SAPE valoriza a atividade profissional	Count	2
	Row N %	2,8%
A utilização do SAPE na instituição possibilitou a continuidade dos cuidados aos utentes	Count	4
	Row N %	5,6%
A utilização do SAPE na instituição possibilitou uma melhor comunicação com outras instituições	Count	3
	Row N %	4,2%
Menos tempo para cuidados presenciais aos doentes	Count	1
	Row N %	1,4%

## Custom Tables

**Table 1**

		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
Registos de enfermagem no SAPE	Count	1	7	30	29	4
Linguagem utilizada pelo SAPE (CIPE)	Row N %	1,4%	9,9%	42,3%	40,8%	5,6%
Transmissão de informação através do SAPE	Count	3	9	29	26	4
Desenvolvimento diário das atividades profissionais através do SAPE	Row N %	4,2%	12,7%	40,8%	36,6%	5,6%
Qualidade dos dados produzidos pelo SAPE	Count	2	6	34	25	4
Qualidade do SAPE enquanto instrumento de trabalho	Row N %	2,8%	8,5%	47,9%	35,2%	5,6%
Funcionamento do SAPE tendo em conta as necessidades do serviço	Count	2	6	34	25	4
Tempo de adaptação ao SAPE	Row N %	2,8%	8,5%	47,9%	35,2%	5,6%
	Count	1	5	43	20	2
	Row N %	1,4%	7,0%	60,6%	28,2%	2,8%
	Count	1	12	31	25	2
	Row N %	1,4%	16,9%	43,7%	35,2%	2,8%
	Count	1	12	37	18	3
	Row N %	1,4%	16,9%	52,1%	25,4%	4,2%
	Count	1	1	32	29	8
	Row N %	1,4%	1,4%	45,1%	40,8%	11,3%



## Custom Tables

**Table 1**

		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
Organização do processo do doente	Count	0	7	26	33	5
	Row N %	0,0%	9,9%	36,6%	46,5%	7,0%
Atualização de dados no processo do doente	Count	2	5	26	33	5
	Row N %	2,8%	7,0%	36,6%	46,5%	7,0%
Partilha de informação entre a equipa multidisciplinar	Count	0	15	28	24	4
	Row N %	0,0%	21,1%	39,4%	33,8%	5,6%
Acesso a todo o processo do doente	Count	2	4	22	30	13
	Row N %	2,8%	5,6%	31,0%	42,3%	18,3%
Interação do SAPE com outros Sistemas de Informação do Hospital	Count	6	14	31	14	5
	Row N %	8,6%	20,0%	44,3%	20,0%	7,1%
Tempo gasto para realizar registos de enfermagem dos doentes	Count	10	31	22	7	1
	Row N %	14,1%	43,7%	31,0%	9,9%	1,4%
Uniformização dos focus atenção entre serviços	Count	8	21	27	12	3
	Row N %	11,3%	29,6%	38,0%	16,9%	4,2%
Número de enfermeiros no serviço tendo em conta a existência do SAPE na instituição	Count	12	26	30	2	1
	Row N %	16,9%	36,6%	42,3%	2,8%	1,4%
Parametrização de intervenções de enfermagem entre serviços	Count	2	23	36	9	1
	Row N %	2,8%	32,4%	50,7%	12,7%	1,4%
Formação específica na utilização do SAPE tendo em conta as características do serviço	Count	2	12	40	14	3
	Row N %	2,8%	16,9%	56,3%	19,7%	4,2%
Método de trabalho de enfermagem utilizado no serviço tendo em conta a existência do SAPE	Count	1	7	40	19	2
	Row N %	1,4%	10,1%	58,0%	27,5%	2,9%
Processo do doente em sistema informático ao invés do processo em papel	Count	0	2	26	32	11
	Row N %	0,0%	2,8%	36,6%	45,1%	15,5%
Visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente	Count	1	5	26	33	6
	Row N %	1,4%	7,0%	36,6%	46,5%	8,5%

Table 1

		Muito Mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom
Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de infecção no serviço	Count	7	20	28	12	4
	Row N %	9,9%	28,2%	39,4%	16,9%	5,6%
Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de incidência de Úlceras de Pressão no serviço	Count	7	20	23	18	3
	Row N %	9,9%	28,2%	32,4%	25,4%	4,2%
Obtenção de informação através do SAPE sobre quais os tratamentos mais frequentes aplicados nas feridas dos doentes do serviço	Count	7	20	27	14	3
	Row N %	9,9%	28,2%	38,0%	19,7%	4,2%
Obtenção de informação através do SAPE sobre a monitorização da Escala Risco de Queda	Count	3	12	28	23	5
	Row N %	4,2%	16,9%	39,4%	32,4%	7,0%
Utilização do SAPE para a contabilização de horas de prestação de cuidados, tendo em conta o grau de dependência dos doentes	Count	17	22	21	8	2
	Row N %	24,3%	31,4%	30,0%	11,4%	2,9%
Influência do SAPE no processo de mudança organizacional da instituição	Count	2	16	38	12	2
	Row N %	2,9%	22,9%	54,3%	17,1%	2,9%
Utilização do SAPE tendo em conta ganhos para a saúde dos utentes	Count	5	20	36	7	2
	Row N %	7,1%	28,6%	51,4%	10,0%	2,9%

DESCRIPTIVES VARIABLES=Contributos Avaliacao\_Geral Mais\_Valias  
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

## Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Contributos	70	1,63	4,50	3,1607	,57268
Avaliacao_Geral	71	1,00	5,00	3,3116	,64361
Mais_Valias	68	1,45	5,00	3,0287	,62762
Valid N (listwise)	67				

Descriptives

FREQUENCIES VARIABLES=TempoUtilizaçãoSAPE  
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

TempoUtilizaçãoSAPE

N	Valid	69
	Missing	2

TempoUtilizaçãoSAPE				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	2	2,8	2,9	2,9
2	4	5,6	5,8	8,7
3	5	7,0	7,2	15,9
4	7	9,9	10,1	26,1
5	17	23,9	24,6	50,7
6	23	32,4	33,3	84,1
7	8	11,3	11,6	95,7
8	2	2,8	2,9	98,6
11	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	97,2	100,0	
Missing -1	2	2,8		
Total	71	100,0		

## CONSISTÊNCIA INTERNA QUESTIONÁRIO A – ALPHA DE CRONBACH

### Reliability

Scale: ALL VARIABLES

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,799	8

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Componentes físicos e materiais adequados à utilização do SAPE	22,06	16,460	,548	,770
Informações do SAPE facilitam o registo da atividade profissional	22,00	15,362	,732	,742
Diminuição da perda de informação	22,26	16,947	,393	,795
Redução dos registos em suporte papel	21,09	20,282	,048	,827
Informação produzida pelo SAPE valoriza a atividade profissional	22,43	15,640	,633	,756
A utilização do SAPE na instituição possibilitou a continuidade dos cuidados aos utentes	22,01	14,971	,748	,737
A utilização do SAPE na instituição possibilitou uma melhor comunicação com outras instituições	22,16	15,352	,685	,748
Menos tempo para cuidados presenciais aos doentes	23,00	17,246	,309	,812

```

RELIABILITY
  /VARIABLES=AvaliaçãoGeralSAPE_1 AvaliaçãoGeralSAPE_2 AvaliaçãoGeralSAPE_3
AvaliaçãoGeralSAPE_4 AvaliaçãoGeralSAPE_5 AvaliaçãoGeralSAPE_6
AvaliaçãoGeralSAPE_7 AvaliaçãoGeralSAPE_8
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA
  /SUMMARY=TOTAL.

```

## Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	71	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	71	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,920	8

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Registos de enfermagem no SAPE	23,10	20,376	,759	,907
Linguagem utilizada pelo SAPE (CIPE)	23,23	19,520	,767	,907
Transmissão de informação através do SAPE	23,17	19,771	,827	,901
Desenvolvimento diário das atividades profissionais através do SAPE	23,17	19,742	,831	,901
Qualidade dos dados produzidos pelo SAPE	23,25	21,163	,773	,907
Qualidade do SAPE enquanto instrumento de trabalho	23,28	20,034	,804	,903
Funcionamento do SAPE tendo em conta as necessidades do serviço	23,35	20,346	,768	,906
Tempo de adaptação ao SAPE	22,90	23,290	,356	,937

### RELIABILITY

```

/VARIABLES=MaisValiasSAPEInstituição_1 MaisValiasSAPEInstituição_2
MaisValiasSAPEInstituição_3 MaisValiasSAPEInstituição_4
MaisValiasSAPEInstituição_5 MaisValiasSAPEInstituição_6
MaisValiasSAPEInstituição_7 MaisValiasSAPEInstituição_8
MaisValiasSAPEInstituição_9 MaisValiasSAPEInstituição_10
MaisValiasSAPEInstituição_11 MaisValiasSAPEInstituição_12
MaisValiasSAPEInstituição_13 MaisValiasSAPEInstituição_14
MaisValiasSAPEInstituição_15 MaisValiasSAPEInstituição_16
MaisValiasSAPEInstituição_17 MaisValiasSAPEInstituição_18
MaisValiasSAPEInstituição_19 MaisValiasSAPEInstituição_20
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/SUMMARY=TOTAL.

```

### Reliability

### Scale: ALL VARIABLES

#### Case Processing Summary

	N	%
Valid	68	95,8
Cases Excluded <sup>a</sup>	3	4,2
Total	71	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,945	20

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Organização do processo do doente	57,04	143,446	,721	,942
Atualização de dados no processo do doente	57,12	143,986	,627	,943
Partilha de informação entre a equipa multidisciplinar	57,34	143,003	,667	,942
Acesso a todo o processo do doente	56,88	142,971	,602	,943
Interação do SAPE com outros Sistemas de Informação do Hospital	57,60	141,974	,588	,944
Tempo gasto para realizar registos de enfermagem dos doentes	58,19	146,336	,479	,945
Uniformização dos focus atenção entre serviços	57,82	139,730	,691	,942
Número de enfermeiros no serviço tendo em conta a existência do SAPE na instituição	58,22	145,189	,561	,944
Parametrização de intervenções de enfermagem entre serviços	57,76	145,138	,649	,943
Formação específica na utilização do SAPE tendo em conta as características do serviço	57,53	144,014	,656	,943
Método de trabalho de enfermagem utilizado no serviço tendo em conta a existência do SAPE	57,38	144,270	,741	,942
Processo do doente em sistema informático ao invés do processo em papel	56,84	145,541	,619	,943

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Visualização de dados importantes de forma rápida e eficiente	57,01	143,358	,692	,942
Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de infecção no serviço	57,72	138,174	,772	,940
Obtenção de informação através do SAPE sobre a taxa de incidência de Úlceras de Pressão no serviço	57,68	138,073	,754	,941
Obtenção de informação através do SAPE sobre quais os tratamentos mais frequentes aplicados nas feridas dos doentes do serviço	57,72	139,697	,716	,941
Obtenção de informação através do SAPE sobre a monitorização da Escala Risco de Queda	57,32	141,625	,689	,942
Utilização do SAPE para a contabilização de horas de prestação de cuidados, tendo em conta o grau de dependência dos doentes	58,19	138,903	,698	,942
Influência do SAPE no processo de mudança organizacional da instituição	57,66	144,347	,666	,942
Utilização do SAPE tendo em conta ganhos para a saúde dos utentes	57,85	142,426	,716	,942



**ANÁLISE DA HIPÓTESE 3 - OS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS DO HOSPITAL X CONSIDERAM O SAPE COMO UM CONTRIBUTO DE VALOR ACRESCENTADO PARA O SEU TRABALHO, INDICANDO UMA AVALIAÇÃO GERAL POSITIVA DO SISTEMA.**

```
T-TEST
  /TESTVAL=3
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=Contributos
  /CRITERIA=CI (.95) .
```

## T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Contributos	70	3,1607	,57268	,06845

**One-Sample Test**

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Contributos	2,348	69	,022	,16071	,0242	,2973

```
T-TEST
  /TESTVAL=3
  /MISSING=ANALYSIS
  /VARIABLES=Avaliacao_Geral
  /CRITERIA=CI (.95) .
```

## T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Avaliacao_Geral	71	3,3116	,64361	,07638

One-Sample Test

	Test Value = 3				
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference
					Lower
Avaliacao_Geral	4,080	70	,000	,31162	,1593

One-Sample Test

	Test Value = 3
	95% Confidence Interval of the Difference
	Upper
Avaliacao_Geral	,4640

**ANÁLISE DA HIPÓTESE 4 - OS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS CONSIDERAM QUE O SAPE É UMA MAIS-VALIA PARA O FUNCIONAMENTO ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL X.**

T-TEST  
 /TESTVAL=3  
 /MISSING=ANALYSIS  
 /VARIABLES=Mais\_Valias  
 /CRITERIA=CI(.95).

**T-Test**

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Mais_Valias	68	3,0287	,62762	,07611

**One-Sample Test**

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Mais_Valias	,377	67	,708	,02868	-,1232	,1806

## ANÁLISE DA HIPÓTESE 5 - A APRECIÇÃO DO SAPE VARIA EM FUNÇÃO DO GÊNERO DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS.

```
EXAMINE VARIABLES=Contributos Avaliacao_Geral Mais_Valias BY Sexo
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

### Explore

#### Sexo

Tests of Normality							
Sexo		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Contributos	Feminino	,117	59	,043	,986	59	,721
	Masculino	,191	8	,200 <sup>*</sup>	,924	8	,459
Avaliacao_Geral	Feminino	,098	59	,200 <sup>*</sup>	,985	59	,658
	Masculino	,211	8	,200 <sup>*</sup>	,847	8	,088
Mais_Valias	Feminino	,082	59	,200 <sup>*</sup>	,974	59	,229
	Masculino	,228	8	,200 <sup>*</sup>	,873	8	,161

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

```
T-TEST GROUPS=Sexo(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Contributos Avaliacao_Geral Mais_Valias
/CRITERIA=CI(.95).
```

### T-Test

Group Statistics					
Sexo		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Contributos	Feminino	62	3,1673	,55485	,07047
	Masculino	8	3,1094	,73932	,26139
Avaliacao_Geral	Feminino	63	3,3393	,59586	,07507
	Masculino	8	3,0938	,96767	,34212
Mais_Valias	Feminino	60	3,0408	,62555	,08076
	Masculino	8	2,9375	,67915	,24012

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Contributos	Equal variances assumed	,128	,722	,268	68
	Equal variances not assumed			,214	8,050
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	1,626	,207	1,017	69
	Equal variances not assumed			,701	7,688
Mais_Valias	Equal variances assumed	,250	,619	,435	66
	Equal variances not assumed			,408	8,660

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Contributos	Equal variances assumed	,790	,05796	,21660
	Equal variances not assumed	,836	,05796	,27072
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	,313	,24554	,24151
	Equal variances not assumed	,504	,24554	,35026
Mais_Valias	Equal variances assumed	,665	,10333	,23767
	Equal variances not assumed	,693	,10333	,25333

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Contributos	Equal variances assumed	-,37426	,49019
	Equal variances not assumed	-,56565	,68158
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	-,23626	,72733
	Equal variances not assumed	-,56791	1,05898
Mais_Valias	Equal variances assumed	-,37119	,57786
	Equal variances not assumed	-,47320	,67986

## ANÁLISE DA HIPÓTESE 6 - A APRECIÇÃO DO SAPE VARIA EM FUNÇÃO DAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS

FREQUENCIES VARIABLES=Habilit  
/ORDER=ANALYSIS.

### Frequencies

### Explore

### Habilitações Literárias

Tests of Normality

Habilitações Literárias		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Contributos	Licenciatura	,081	59	,200 <sup>*</sup>	,989	59
	Mestrado	,223	7	,200 <sup>*</sup>	,904	7
Avaliacao_Geral	Licenciatura	,082	59	,200 <sup>*</sup>	,976	59
	Mestrado	,150	7	,200 <sup>*</sup>	,937	7
Mais_Valias	Licenciatura	,080	59	,200 <sup>*</sup>	,979	59
	Mestrado	,208	7	,200 <sup>*</sup>	,904	7

Tests of Normality

Habilitações Literárias		Shapiro-Wilk <sup>a</sup>
		Sig.
Contributos	Licenciatura	,874
	Mestrado	,359
Avaliacao_Geral	Licenciatura	,308
	Mestrado	,612
Mais_Valias	Licenciatura	,399
	Mestrado	,359

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

T-TEST GROUPS=Habilit(1 3)  
/MISSING=ANALYSIS  
/VARIABLES=Contributos Avaliacao\_Geral Mais\_Valias  
/CRITERIA=CI(.95).

## T-Test

**Group Statistics**

Habilitações Literárias		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Contributos	Licenciatura	62	3,1673	,60265	,07654
	Mestrado	7	3,1071	,27413	,10361
Avaliacao_Geral	Licenciatura	63	3,3095	,66745	,08409
	Mestrado	7	3,3571	,47009	,17768
Mais_Valias	Licenciatura	60	3,0192	,65284	,08428
	Mestrado	7	3,1071	,44668	,16883

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Contributos	Equal variances assumed	4,154	,045	,260	67
	Equal variances not assumed			,467	13,926
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	,692	,408	-,183	68
	Equal variances not assumed			-,242	8,946
Mais_Valias	Equal variances assumed	,677	,414	-,346	65
	Equal variances not assumed			-,466	9,304

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Contributos	Equal variances assumed	,796	,06020	,23161
	Equal variances not assumed	,648	,06020	,12882
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	,855	-,04762	,25994
	Equal variances not assumed	,814	-,04762	,19657
Mais_Valias	Equal variances assumed	,730	-,08798	,25426
	Equal variances not assumed	,652	-,08798	,18870

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Contributos	Equal variances assumed	-,40209	,52248
	Equal variances not assumed	-,21622	,33661
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	-,56632	,47108
	Equal variances not assumed	-,49271	,39747
Mais_Valias	Equal variances assumed	-,59578	,41982
	Equal variances not assumed	-,51272	,33677



# ANÁLISE DA HIPÓTESE 7 - A APRECIÇÃO DO SAPE VARIA EM FUNÇÃO DA CATEGORIA PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS

## Explore

## Categoria Profissional

Tests of Normality

Categoria Profissional		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk	
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df
Contributos	Enfermeiro	,109	48	,200 <sup>*</sup>	,977	48
	Enf.Graduado	,216	13	,099	,899	13
	Enf.Especialista	,313	5	,124	,812	5
Avaliacao_Geral	Enfermeiro	,126	48	,055	,946	48
	Enf.Graduado	,168	13	,200 <sup>*</sup>	,933	13
	Enf.Especialista	,169	5	,200 <sup>*</sup>	,974	5
Mais_Valias	Enfermeiro	,095	48	,200 <sup>*</sup>	,965	48
	Enf.Graduado	,225	13	,071	,886	13
	Enf.Especialista	,224	5	,200 <sup>*</sup>	,924	5

Tests of Normality

Categoria Profissional		Shapiro-Wilk <sup>a</sup>
		Sig.
Contributos	Enfermeiro	,470
	Enf.Graduado	,130
	Enf.Especialista	,102
Avaliacao_Geral	Enfermeiro	,028
	Enf.Graduado	,374
	Enf.Especialista	,898
Mais_Valias	Enfermeiro	,168
	Enf.Graduado	,087
	Enf.Especialista	,557

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## Oneway

ONEWAY Contributos Avaliacao\_Geral Mais\_Valias BY CatProf  
 /STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY WELCH  
 /MISSING ANALYSIS.

## Oneway

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
Contributos	Enfermeiro	51	3,0931	,52669	,07375
	Enf.Graduado	13	3,2885	,64223	,17812
	Enf.Especialista	5	3,3500	,78760	,35223
	Total	69	3,1486	,56769	,06834
Avaliacao_Geral	Enfermeiro	52	3,2404	,61379	,08512
	Enf.Graduado	13	3,4712	,72377	,20074
	Enf.Especialista	5	3,5000	,75000	,33541
	Total	70	3,3018	,64286	,07684
Mais_Valias	Enfermeiro	49	2,9673	,57305	,08186
	Enf.Graduado	13	3,1192	,84891	,23544
	Enf.Especialista	5	3,2300	,45083	,20162
	Total	67	3,0164	,62410	,07625

**Descriptives**

		95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
		Lower Bound	Upper Bound		
Contributos	Enfermeiro	2,9450	3,2413	1,63	4,13
	Enf.Graduado	2,9004	3,6766	2,50	4,50
	Enf.Especialista	2,3721	4,3279	2,00	4,00
	Total	3,0122	3,2849	1,63	4,50
Avaliacao_Geral	Enfermeiro	3,0695	3,4113	1,00	4,38
	Enf.Graduado	3,0338	3,9085	2,50	5,00
	Enf.Especialista	2,5688	4,4312	2,38	4,38
	Total	3,1485	3,4551	1,00	5,00
Mais_Valias	Enfermeiro	2,8027	3,1319	1,45	4,65
	Enf.Graduado	2,6062	3,6322	2,20	5,00
	Enf.Especialista	2,6702	3,7898	2,65	3,70
	Total	2,8642	3,1686	1,45	5,00

### Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Contributos	,731	2	66	,485
Avaliacao_Geral	,478	2	67	,622
Mais_Valias	1,951	2	64	,151

### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F
Contributos	Between Groups	,614	2	,307	,951
	Within Groups	21,301	66	,323	
	Total	21,915	68		
Avaliacao_Geral	Between Groups	,765	2	,383	,924
	Within Groups	27,750	67	,414	
	Total	28,515	69		
Mais_Valias	Between Groups	,483	2	,242	,613
	Within Groups	25,223	64	,394	
	Total	25,707	66		

### ANOVA

		Sig.
Contributos	Between Groups	,392
	Within Groups	
	Total	
Avaliacao_Geral	Between Groups	,402
	Within Groups	
	Total	
Mais_Valias	Between Groups	,545
	Within Groups	
	Total	

### Robust Tests of Equality of Means

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Contributos	Welch	,667	2	9,058	,537
Avaliacao_Geral	Welch	,721	2	9,307	,512
Mais_Valias	Welch	,785	2	10,279	,482

a. Asymptotically F distributed.

## ANÁLISE DA HIPÓTESE 8 - A APRECIÇÃO DO SAPE VARIA EM FUNÇÃO DOS CONHECIMENTOS INFORMÁTICOS DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS

```
EXAMINE VARIABLES=Contributos Avaliacao_Geral Mais_Valias BY ConhecInf
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.
```

### Explore

#### Possuir conhecimentos de informática

**Tests of Normality**

Possuir conhecimentos de informática		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk
		Statistic	df	Sig.	Statistic
Contributos	Sim	,098	54	,200 <sup>*</sup>	,987
	Não	,175	11	,200 <sup>*</sup>	,943
Avaliacao_Geral	Sim	,111	54	,097	,971
	Não	,201	11	,200 <sup>*</sup>	,894
Mais_Valias	Sim	,083	54	,200 <sup>*</sup>	,973
	Não	,181	11	,200 <sup>*</sup>	,935

**Tests of Normality**

Possuir conhecimentos de informática		Shapiro-Wilk <sup>a</sup>	
		df	Sig.
Contributos	Sim	54	,822
	Não	11	,558
Avaliacao_Geral	Sim	54	,220
	Não	11	,156
Mais_Valias	Sim	54	,265
	Não	11	,458

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

```
T-TEST GROUPS=ConhecInf(1 2)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Contributos Avaliacao_Geral Mais_Valias
/CRITERIA=CI(.95).
```

## T-Test

**Group Statistics**

Possuir conhecimentos de informática		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Contributos	Sim	57	3,1732	,60076	,07957
	Não	11	3,0682	,43432	,13095
Avaliacao_Geral	Sim	58	3,3297	,67485	,08861
	Não	11	3,2045	,48821	,14720
Mais_Valias	Sim	55	3,0573	,64803	,08738
	Não	11	2,8909	,56693	,17094

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
Contributos	Equal variances assumed	1,390	,243	,551	66
	Equal variances not assumed			,686	18,302
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	,642	,426	,585	67
	Equal variances not assumed			,729	18,143
Mais_Valias	Equal variances assumed	,006	,941	,792	64
	Equal variances not assumed			,867	15,711

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Contributos	Equal variances assumed	,583	,10506	,19055
	Equal variances not assumed	,502	,10506	,15323
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	,560	,12520	,21389
	Equal variances not assumed	,476	,12520	,17182
Mais_Valias	Equal variances assumed	,431	,16636	,21008
	Equal variances not assumed	,399	,16636	,19197

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
Contributos	Equal variances assumed	-,27539	,48552
	Equal variances not assumed	-,21649	,42662
Avaliacao_Geral	Equal variances assumed	-,30174	,55213
	Equal variances not assumed	-,23557	,48596
Mais_Valias	Equal variances assumed	-,25332	,58604
	Equal variances not assumed	-,24122	,57394

**ANÁLISE DA HIPÓTESE 9 - A RELAÇÃO ENTRE A EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E A APRECIACÃO DO SAPE, POR PARTE DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS GERAIS, É SIGNIFICATIVA**

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=TempExProf Contributos Avaliacao_Geral Mais_Valias
/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

**Correlations**

		Correlations			
		TempExProf	Contributos	Avaliacao_Geral	Mais_Valias
TempExProf	Pearson Correlation	1	-,045	-,059	-,065
	Sig. (2-tailed)		,714	,629	,603
	N	69	68	69	66
Contributos	Pearson Correlation	-,045	1	,839**	,794**
	Sig. (2-tailed)	,714		,000	,000
	N	68	70	70	67
Avaliacao_Geral	Pearson Correlation	-,059	,839**	1	,784**
	Sig. (2-tailed)	,629	,000		,000
	N	69	70	71	68
Mais_Valias	Pearson Correlation	-,065	,794**	,784**	1
	Sig. (2-tailed)	,603	,000	,000	
	N	66	67	68	68

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

# **ANEXOS**

# **ANEXO I**

## **Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – Manual de Apoio<sup>6</sup>**

---

<sup>6</sup> Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A. – Elaborado no âmbito do Curso 1 a 6 da candidatura nº7 medida 2.4 do PO – Saúde XXI, pela equipa de formadores: Jorge Freixo, Conceição Alves, Sónia Costa, Victor Gonçalves





Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A.



## SISTEMA DE APOIO À PRÁTICA DE ENFERMAGEM

### **Manual do Utilizador**

Elaborado no âmbito do Curso 1 a 6 da candidatura nº 7 medida 2.4 do  
PO – Saúde XXI, pela equipa de formadores

Jorge Freixo  
Conceição Alves  
Sónia Costa  
Victor Gonçalves



União Europeia  
Fundo Social Europeu



Estado Português



DEPM

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S.A.



### ÍNDICE

0	INTRODUÇÃO .....	4
1	ENTRAR NO SISTEMA .....	5
2	TRABALHAR NO SISTEMA.....	9
2.1	PRESCRIÇÕES MÉDICAS.....	9
2.1.1	Medicação .....	10
2.1.1.1	Horário da Medicação .....	11
2.1.1.1.1	de x em x horas.....	11
2.1.1.1.2	Dias e horas fixo .....	12
2.1.1.1.3	De x em x dias .....	12
2.1.1.1.4	Hora Fixa .....	12
2.1.1.1.5	Dias e turno fixo .....	13
2.1.1.1.6	Turno Fixo .....	13
2.1.2	Atitudes Terapêuticas.....	14
2.1.3	Standers Cirúrgicos.....	15
2.1.4	Standers por Afecção.....	15
2.1.5	Colheita de Especimens.....	15
2.1.6	Preparação para Exames.....	16
2.1.7	Ícones Diversos.....	16
2.2	AValiação Inicial .....	17
2.3	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	18
2.3.1	Passar um fenómeno frequente para o processo de enfermagem do doente ...	20
2.3.1.1	1º Passo – Seleccionar o fenómeno .....	20
2.3.1.2	2º Passo – Adicionar fenómeno seleccionado .....	21
2.3.1.3	3º Passo – Definir Status .....	21
2.3.1.3.1	Inserir Status .....	22
2.3.2	Inserir Foco de Atenção que não faça parte dos “Fenómenos Frequentes” ...	23
2.3.3	Alguns esclarecimentos .....	26
2.3.4	Como dar termo a um Diagnóstico de enfermagem.....	27
2.3.5	Como alterar um Status.....	27
2.3.6	Prescrição de intervenções de Enfermagem .....	28
2.3.6.1	Utilização do Filtro - Tipo de Acção .....	29
2.3.6.2	Utilização do Filtro - Por fenómeno .....	29
2.3.6.3	Inserir Intervenção pela Lista de Valores .....	30
2.3.7	Horário das Intervenções.....	30
2.3.7.1	Tipos de Horários .....	30
2.3.7.1.1	Sem horário .....	31
2.3.7.1.2	De x em x dias .....	31
2.3.7.1.3	Dias e horas fixos .....	31
2.3.7.1.4	Dias e turno fixos.....	31
2.3.7.1.5	Agora .....	32
2.3.7.1.6	De x em x horas.....	32
2.3.7.1.7	SOS.....	32



2.3.7.1.8	Turno fixo.....	32
2.3.7.1.9	Hora fixa.....	33
2.3.7.2	Como suspender uma intervenção.....	34
2.4	PLANO DE TRABALHO.....	35
2.4.1	Intervenções com e sem Horário.....	36
2.4.2	Seleccionar Turno.....	36
2.4.3	Alterar o Dia.....	36
2.4.4	Medicação em SOS.....	37
2.4.5	Intervenções em SOS.....	37
2.4.6	Intervenções com procedimento.....	37
2.4.7	Efectivar uma intervenção.....	38
2.4.8	Justificar uma Intervenção não realizada.....	38
2.4.9	Associar nota a uma intervenção.....	38
2.4.10	Escrever Notas Gerais.....	39
2.4.11	Seleccionar novo doente.....	39
2.4.12	Intervenções do Tipo VIGIAR.....	40
2.4.13	Intervenções do Tipo Monitorizar.....	40
2.4.13.1	Janelas específicas de monitorização.....	40
2.4.13.1.1	Monitorizar Ferida.....	40
2.4.13.1.2	Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton".....	41
2.4.13.1.3	Monitorizar glicemia capilar.....	41
2.4.13.1.4	Monitorizar condição da ventilação através do ventilador.....	41
2.4.13.1.5	Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow.....	42
2.4.13.1.6	Monitorizar entrada e saída de líquidos.....	42
2.5	REPORTS DE IMPRESSÃO.....	43
2.5.1	Processo total / plano de trabalho.....	43
2.5.2	Plano de Cuidados.....	44
2.5.3	Planeamento de Enfermagem/ Proc. de Enfermagem.....	45
2.5.4	Avaliação inicial.....	46
2.5.5	Carta de transferência.....	46
2.5.6	Mapa de Medicação Prescrita.....	48
2.5.7	Vigilância das 24 horas.....	49
2.5.8	Reports de Vigilância Prescrita.....	49
2.6	LISTAGENS.....	49
2.6.1	Listagem /Dieta.....	49
2.6.2	Listagem/Doente.....	50
2.6.3	Listagem / Farmácia.....	50
2.7	CONSULTA DE VIGILÂNCIA.....	50
2.7.1	Feridas/Úlceras.....	50
2.7.2	Monitorizar.....	51
2.7.3	Balanço Hidrico.....	51
2.7.4	Glicemias Capilares.....	52
2.7.5	Avaliação do risco de úlcera de pressão segundo escala de Norton.....	52
2.7.6	Vigilância Prescrita.....	52
2.7.7	Ventilação.....	53
2.7.8	Tensão Arterial.....	53
2.7.9	Nível de Consciência – Escala de Coma de Glasgow.....	53



### **0 INTRODUÇÃO**

---

A necessidade de uma classificação para a prática de enfermagem, deu origem ao desenvolvimento da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta classificação constitui uma matriz unificadora composta por Fenómenos, Intervenções e Resultados de Enfermagem

Paralelamente a reforma do sector da saúde pressupõe uma profunda reestruturação por forma a transformar a estrutura actual num sistema moderno, renovado e capaz de ir ao encontro das expectativas e necessidades dos Profissionais e Utilizadores.

O CHAM, SA. embebido neste espírito de modernidade está apostado num serviço de qualidade e propõe-se levar a efeito um conjunto de acções, tendentes a:

- Tornar mais eficiente o sistema de registos dos enfermeiros.
- Sistematizar os procedimentos de enfermagem
- Melhorar o processo comunicacional interno e externo

Com este Manual pretendemos fornecer de forma resumida, mas detalhada e objectiva o modo de funcionamento da Aplicação **“SAPE”** – **“Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem”**.

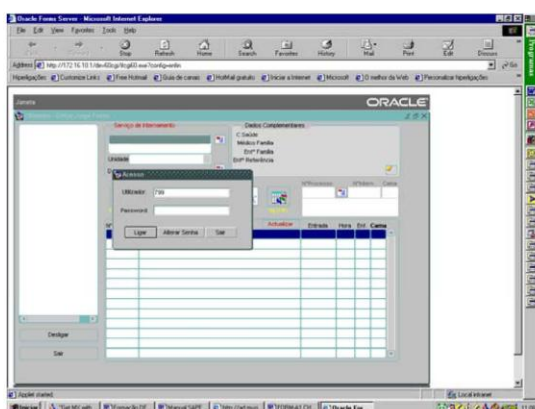


### 1 ENTRAR NO SISTEMA

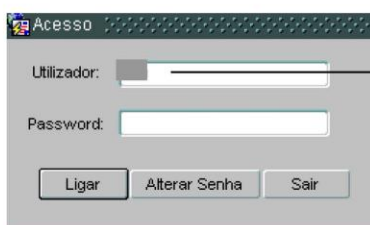
No ambiente de trabalho do seu computador deve encontrar o seguinte ícone, para entrar na Aplicação deve fazer **duplo click** no mesmo, com o botão do lado esquerdo do Rato.



Surge agora o écran de Identificação



Deve digitar o seu nº mecanográfico,



Nº Mecanográfico do Enfermeiro





A Palavra chave para entrada no sistema, o utilizador escolhe da 1ª vez que entra no sistema premindo no Botão “Alterar Senha”

Alteração Password do Utilizador:

799

Nova Password:

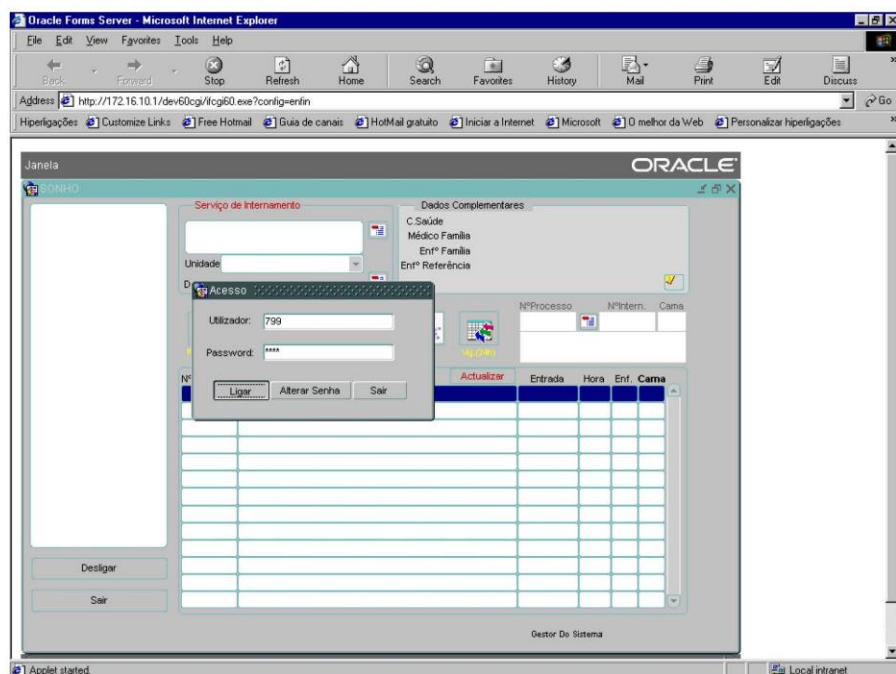
Confirmação password:

Ok Cancel

A senha deve ter no mínimo 4 dígitos (números e/ou letras).

Atender a que as letras maiúsculas e minúsculas são tratadas como letras diferentes.

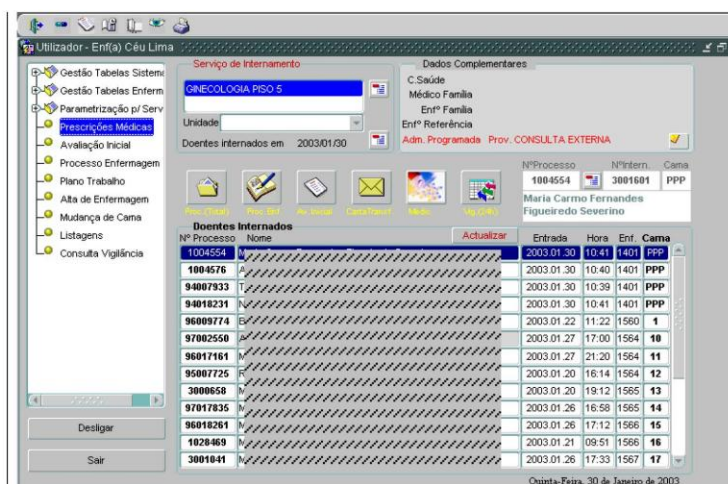
Depois de colocar N° Mec. e a Senha deve premir **Ligar**





Entramos agora na aplicação “SAFE”

### Visualizamos de imediato todos os doentes internados no serviço



O Menu Principal desta Aplicação é composto por várias opções que iremos descrever de seguida.

### NOTA IMPORTANTE

Nunca deve abandonar o seu local de trabalho e deixar o programa aberto. Para sair de forma correcta deve premir **DESLIGAR** (*aparece janela de identificação*), depois **SAIR** e por último fechar o **INTERNET EXPLORER** clicando no canto superior direito (X).



## Opções do Menu Principal:



Sair do sistema ou Voltar à página anterior

Prescrições médicas

Avaliação Inicial

Processo de Enfermagem

Dados de Vigilância

Listagens

Com ajuda do rato selecciona-se a opção pretendida.

ou

- Prescrições Médicas
- Avaliação Inicial
- Processo Enfermagem
- Plano Trabalho
- Alta de Enfermagem
- Mudança de Cama
- Listagens
- Consulta Vigilância

Pode também optar por utilizar a caixa de Menus que se encontra lateralmente





## 2 TRABALHAR NO SISTEMA

### 2.1 PRESCRIÇÕES MÉDICAS

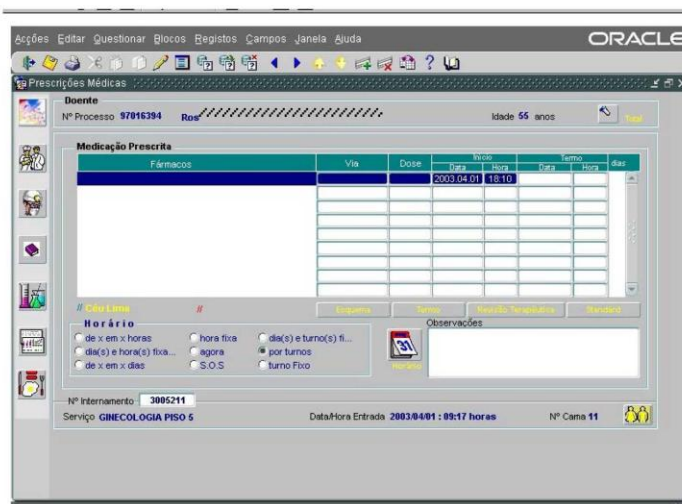
Para entrar nesta opção basta fazer **click** na mesma.

 Prescrições médicas ou

**duplo click**

- 
-  Avaliação Inicial
-  Processo Enfermagem
-  Plano Trabalho
-  Alta de Enfermagem
-  Mudança de Cama
-  Listagens
-  Consulta Vigilância

Uma nova janela é aberta.



Aqui encontra vários "perfis" (Janelas) de Prescrições Médicas



Medicação



Atitudes Terapêuticas



Standers Cirúrgicos



Standers por Afecção de Sistema



Colheita de Especímens





Preparação para Exame



Dietas

## 2.1.1 MEDICAÇÃO

Faça **Click** no Botão que pretende introduzir dados, *p. Ex:* no  (Medicação prescrita). Irá visualizar a seguinte janela

A medicação deve ser introduzida no campo Fármaco e pode ser feita começando por escrever neste campo as primeiras letras do Fármaco e de seguida premir a tecla [Enter] ou indo directamente à Lista de Valores botão 



Depois de seleccionado o medicamento é necessário dizer qual a via de administração para tal colocamos o "Cursor" na Célula correspondente da coluna **Via** e clicamos na Lista de Valores

Devemos ainda especificar a dose e posteriormente o

### 2.1.1.1 Horário da Medicação .

Para terminar (Suspend) uma Medicação deve primeiro posicionar-se na medicação que pretende dar **Termo** e de seguida premir o botão [ ]

Para terminar toda a Medicação deve premir [Revisão Terapêutica]

Caso a dose da medicação seja por esquema (Insulina) podemos visualizar o mesmo fazendo Click em [ ]

Se a medicação tiver Standard podemos visualiza-lo com um Click em [Standard]

Para cada Medicamento temos ainda disponível um campo de observações

O Horário da medicação é diversificado e poderá optar pela situação adequada. Por ex:

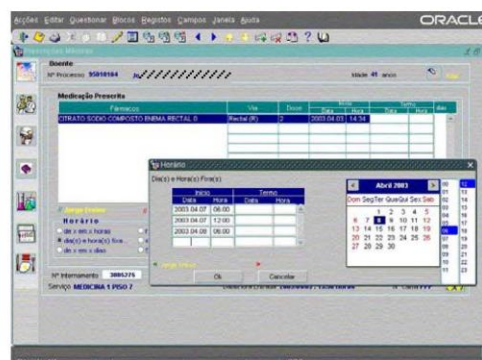
#### 2.1.1.1.1 de x em x horas

Esta opção indica que o "Paracetamol" está prescrito de 8h em 8h desde o dia 2 de Abril de 2003 às 22h, suspendendo este horário às 21h do dia 8 de Abril passando para 12 em 12h às 22h do mesmo dia.



### 2.1.1.1.2 Dias e horas fixo

Esta opção indica que o “Citrato de Sódio” está prescrito para o dia 7 de Abril à 6h e às 12h e para o dia 8 de Abril de 2003 às 6h

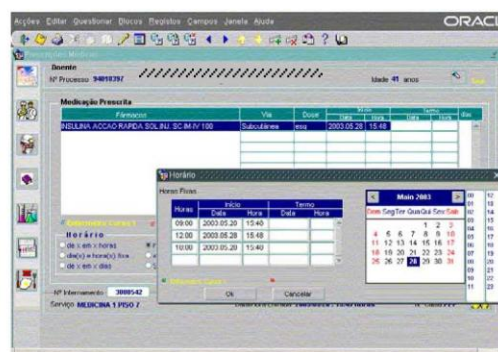


### 2.1.1.1.3 De x em x dias

(Situação semelhante à de x em x horas)

### 2.1.1.1.4 Hora Fixa

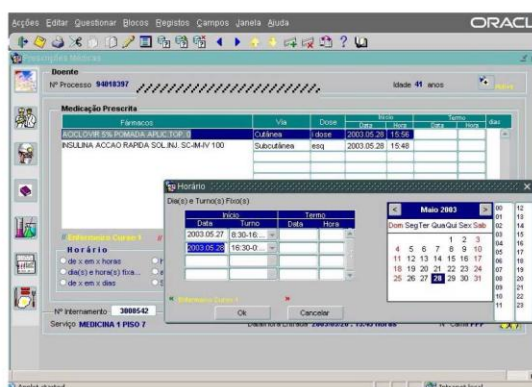
Esta opção indica que a insulina será administrada às 9 – 12 – 18 horas





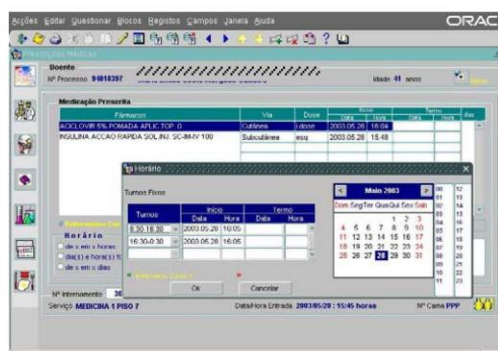
### 2.1.1.1.5 Dias e turno fixo

Nesta opção temos que o Aciclovir será aplicado no turno da manhã do dia 27 de Maio de 2003 e no turno da Tarde do dia 28 de Maio de 2003



### 2.1.1.1.6 Turno Fixo

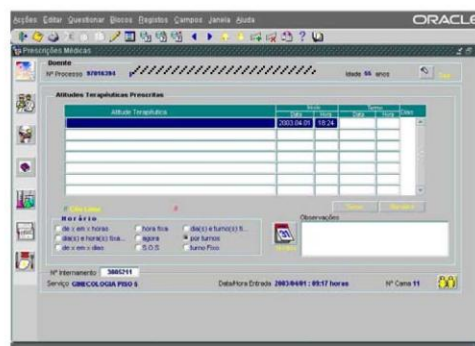
Nesta opção a aplicação do Aciclovir será efectuada no turno da manhã e no turno da tarde.



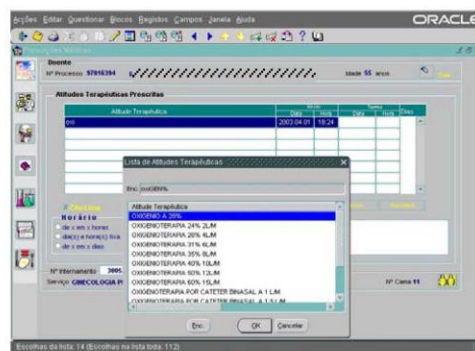


## 2.1.2 ATITUDES TERAPÊUTICAS

Faça **Click** no Botão  (Atitudes Terapêuticas). Irá visualizar a seguinte janela



Os dados são inseridos colocando o início “palavra” (Atitude terapêutica), **p**. **Ex:** [“Oxi”] Surge então uma “Lista de valores” de todas as atitudes como a seguir se indica



Dentro da Lista de valores selecciona com um **click** o que pretende e depois pressiona **OK**

Poderá também aceder à **totalidade** da Lista de valores fazendo **click** no botão de Lista de valores



A definição do horário é semelhante ao processo descrito para a medicação




### 2.1.3 STANDERS CIRÚRGICOS

Faça **Click** no Botão  (Standers cirúrgicos). Irá visualizar a janela ao lado

O modo de “preenchimento” é semelhante aos anteriores.


Nota: não esqueça de preencher a data e a hora prevista para a intervenção cirúrgica

### 2.1.4 STANDERS POR AFECÇÃO

Faça **Click** no Botão  (Standers por afecção de sistema). Irá visualizar a seguinte janela

O modo de “preenchimento” é semelhante aos anteriores.

### 2.1.5 COLHEITA DE ESPECÍMENS


Faça **Click** no Botão  (Colheita de Especímenes). Irá visualizar a seguinte janela

O modo de “preenchimento” é semelhante aos anteriores.

Nota: não esqueça de preencher o tipo de espécimen bem como a data e hora.

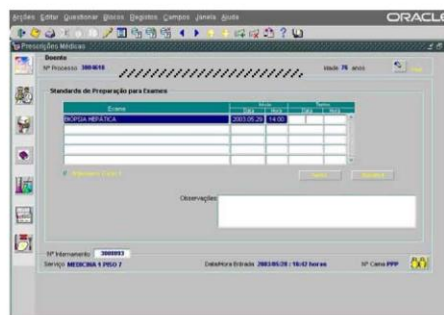


### 2.1.6 PREPARAÇÃO PARA EXAMES

Faça **Click** no Botão  (Preparação para Exame). Irá visualizar a seguinte janela

O modo de “preenchimento” é semelhante aos anteriores.

Nota: não esqueça de preencher a data e hora.



### 2.1.7 ÍCONES DIVERSOS



Seleccionar NOVO DOENTE



Para inserir nova linha para registo



Para eliminar uma linha ou um registo (só se não estiver gravado )



Editor de Texto



Imprimir




Gravar dados introduzidos

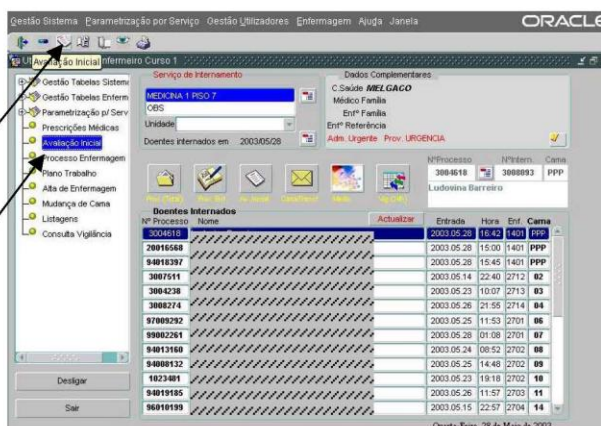


Sair do écran e voltar ao écran principal





## 2.2 AVALIAÇÃO INICIAL

Para aceder à janela da avaliação inicial para preencher os dados de entrada do doente, pode fazer duplo click em **Avaliação Inicial** ou click em 



Logo visualizamos uma “árvore” com os diversos domínios a preencher

Para abrir os “ramos da árvore” fazemos click no sinal  ou duplo click sobre a palavra ou frase correspondente **Circulação** que pretendemos expandir.


Para “esconder os ramos da árvore” fazemos click no sinal 

O Preenchimento faz-se com a introdução de dados numéricos (quantitativos) de monitorização ou com dados qualitativos de vigilâncias efectuadas





### 2.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM

No menu inicial desta aplicação existe a opção  - **Processo de Enfermagem**,

Para entrar nesta opção basta fazer **clique** na mesma Ou  
Duplo clique

- Prescrições Médicas
- Avaliação Inicial
- Processo Enfermagem**
- Plano Trabalho
- Alta de Enfermagem
- Mudança de Cama
- Listagens
- Consulta Vigilância

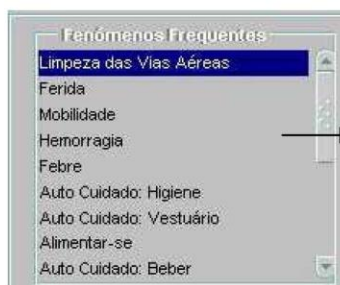
Após abre-se uma nova janela:

Início		Termo	
Data	Hora	Data	Hora
2003.05.15	17:29		

É na janela apresentada que se efectua o Processo de Enfermagem do doente.



Nela podemos visualizar:



Fenómenos que fazem parte do Padrão de Documentação



Aqui visualiza o(s) Foco(s) de atenção

que são problema real e/ou potencial para o doente, com a respectiva data e hora de início e termino e com o nome do enfermeiro que o activou

Status

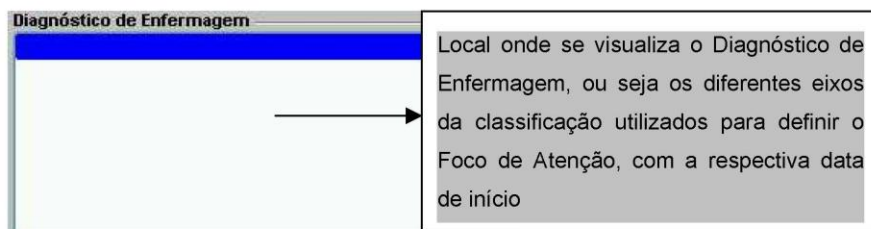
Local onde é definido o Juízo Diagnóstico do Foco de Atenção

Termo

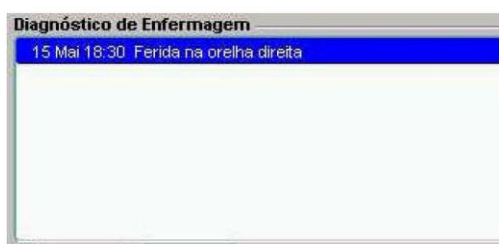
Utiliza-se para dar termo ao Diagnóstico de Enfermagem

Intervenções

Utiliza-se para definir as intervenções de enfermagem

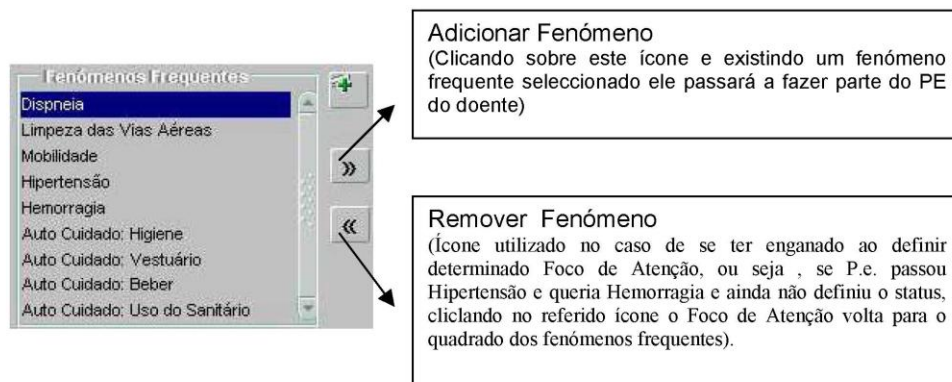


Por exemplo:



### 2.3.1 PASSAR UM FENÓMENO FREQUENTE PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM DO DOENTE

#### 2.3.1.1 1º Passo – Seleccionar o fenómeno





### 2.3.1.2 2º Passo – Adicionar fenómeno seleccionado

Duplo clique sobre fenómeno seleccionado

OU

clique sobre  - Adicionar fenómeno




Foco de Atenção	Inicio		Termino	
	Data	Hora	Data	Hora
x Ferida	2003.05.15	18:30		
x Limpeza das Vias Aéreas	2003.05.15	18:54		

Enfermeiro Curso 1

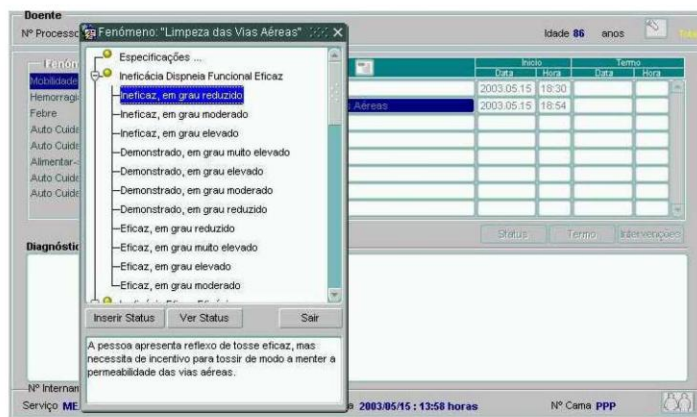
Status Termino Intervenções

### 2.3.1.3 3º Passo – Definir Status

Clique sobre ; abre-se a janela

Visualiza, então, nesta janela vários Juízos Diagnósticos que seleccionará em conformidade com o que o doente apresentar.

Selecione aquilo que diz melhor o que o doente apresenta



Doente

Nº Processo: 1 Fenómeno: "Limpeza das Vias Aéreas"

Idade 86 anos

Especificações...

- Ineficácia Dispneia Funcional Eficaz
- Ineficaz, em grau reduzido
- Ineficaz, em grau moderado
- Ineficaz, em grau elevado
- Demonstrado, em grau muito elevado
- Demonstrado, em grau elevado
- Demonstrado, em grau moderado
- Demonstrado, em grau reduzido
- Eficaz, em grau reduzido
- Eficaz, em grau muito elevado
- Eficaz, em grau elevado
- Eficaz, em grau moderado

Diagnóstico

Insert Status Ver Status Sair

A pessoa apresenta reflexo de tosse eficaz, mas necessita de incentivo para tossir de modo a manter a permeabilidade das vias aéreas.

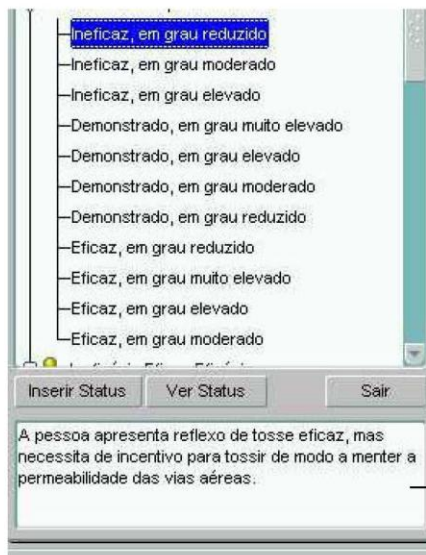
Nº Internamento: ME

2003.05.15 : 13:58 horas

Nº Cama: PPP



Por exemplo:



Verifica neste rectângulo que está definido o que é, para o Foco de Atenção – Limpeza das Vias Aéreas- Ineficácia em grau reduzido. O mesmo acontece se seleccionar outro item.

## 2.3.1.3.1 Inserir Status

Faça clique sobre

Inserir Status

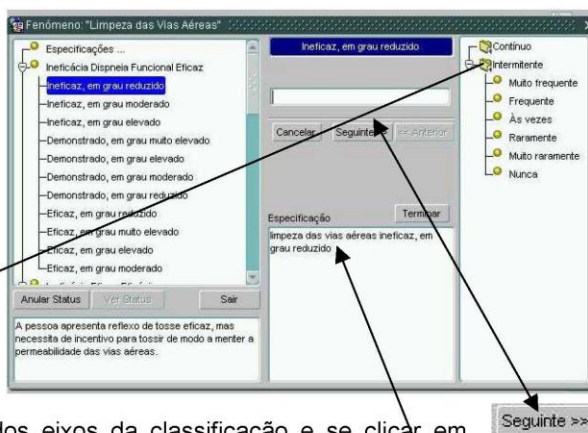
Ou Duplo

Clique sobre

Ineficaz, em grau reduzido

Abre-se a ficha:

Nesta coluna visualiza um dos eixos da classificação e se clicar em surgem os outros. Se necessitar de utilizar algum destes itens seleccione-o e faça duplo clique para que ele passe para o quadrado das especificações.





Nesta coluna visualiza o diagnóstico de enfermagem podendo, para além disso, fazer correcção do português. Para isso basta colocar o cursor sobre aquilo que quer corrigir.

Depois de ter definido o diagnóstico de enfermagem Clique em **Terminar** e depois

**Sair**, abre-se esta ficha:

Foco de Atenção	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
Dispneia	2003.05.15	13:30		
x Ferida	2003.05.15	13:43		
x Hemorragia	2003.05.15	14:23		
x Limpeza das Vias Aéreas	2003.05.15	19:55		

Enfermeiro Curso I

Status Termo Intervenções

**Diagnóstico de Enfermagem**

15 Mai 19:55 Limpeza das vias aéreas ineficaz, em grau reduzido

Nº Internamento: 3007429  
Serviço: MEDICINA 1 PISO 7  
Data/Hora Entrada: 2003/05/11 : 11:39 horas  
Nº Cama: 33

É então aqui que visualizamos a descrição do diagnóstico de enfermagem com o dia e hora a que foi aberto.

### 2.3.2 INSERIR FOCO DE ATENÇÃO QUE NÃO FAÇA PARTE DOS "FENÓMENOS FREQUENTES"

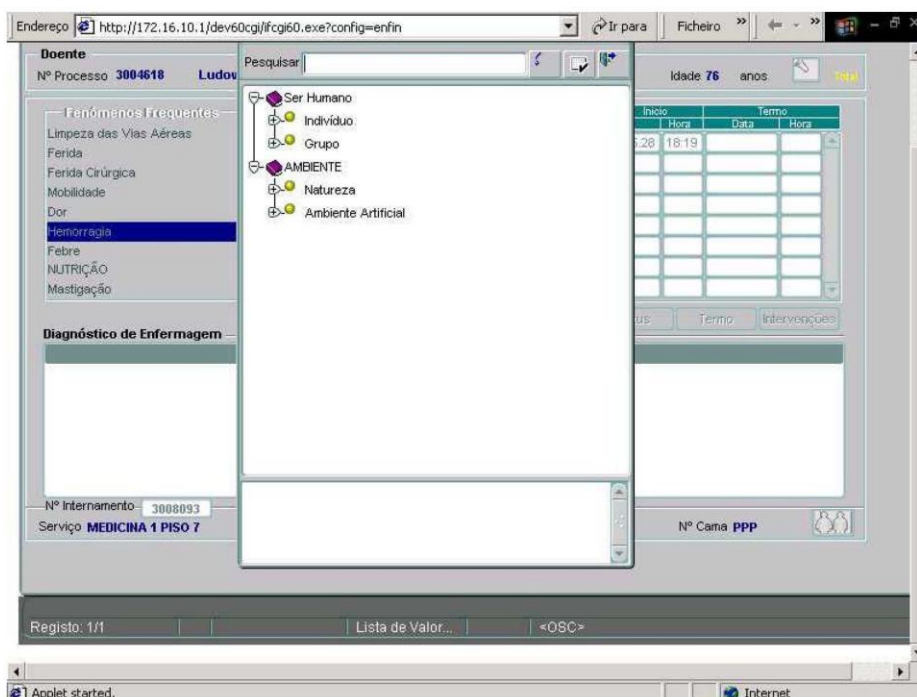
Inserir um foco de atenção no processo de enfermagem do doente que não faça parte dos fenómenos frequentes



1º Passo- Clicar sobre



Após abre-se a ficha:



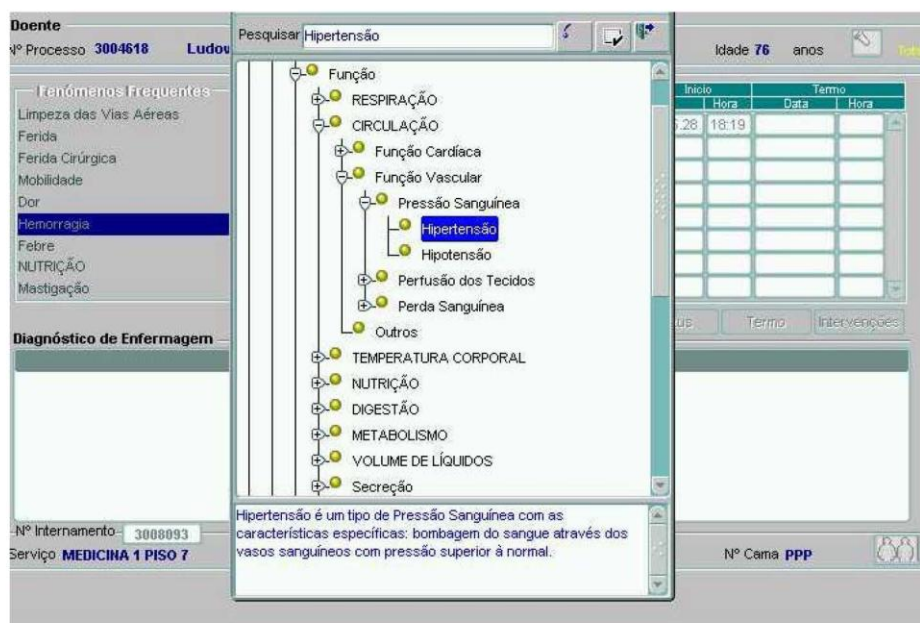
Posteriormente escreva foco de atenção que pretende em



e de seguida "Enter".

Se, por exemplo, escrever em pesquisas o Foco de Atenção "Hipertensão" e Clicar "Enter" abre-se a seguinte janela:

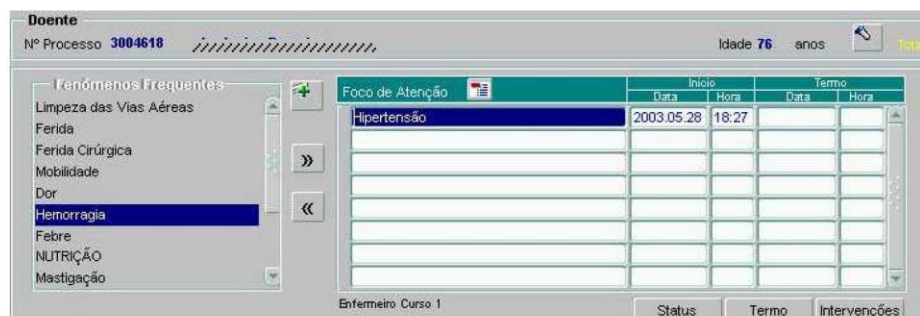




Depois, com o Foco de Atenção seleccionado clique em “Seleccionar Fenómeno”



e de seguida em “Sair” . Após estes passos, o Foco de Atenção “Hipertensão”, passará a fazer parte do processo de enfermagem do doente como pode observar a seguir:





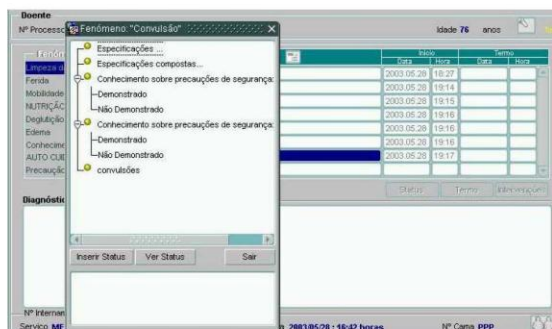
Posteriormente deverá definir o Status do Foco de Atenção seguindo os passos atrás referenciados.

### 2.3.3 ALGUNS ESCLARECIMENTOS

Por exemplo, para o Fenómeno “Convulsão”, quando esta a inserir o Status abre-se a seguinte janela:

que como pode visualizar apresenta escrito em primeiro lugar “Especificações” e em segundo “Especificações

compostas”; então o que significa e quando utilizar uma e outra.



**Especificações** - Utiliza-se quando por si só o fenómeno de enfermagem é suficiente para dizer aquilo que o doente apresenta. Se, por exemplo, apenas queremos dizer que o doente apresenta convulsão é aqui que deve clicar.

**Especificações compostas** – Utiliza-se quando para definir o fenómeno de enfermagem necessita de recorrer aos outros eixos da classificação. Se, por exemplo, quer o diagnóstico de enfermagem “Convulsão Aguda” deve clicar em especificações compostas.

**Nunca dê termo** a um fenómeno para a qual ainda não definiu o Status. Se o fizer terá problemas em prosseguir com o processo de enfermagem, que poderá ser resolvido saindo da aplicação sem gravar, perdendo desta forma parte do trabalho efectuado ou retirando a data de termo “manualmente” colocando o cursor nas células correspondentes e apagar com a tecla *[Delete]*



### 2.3.4 COMO DAR TERMO A UM DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Coloque o cursor a frente do diagnóstico que pretende terminar

Foco de Atenção	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
* Ferida	2003.05.29	19:03		

e depois clique em

termo. Desta forma o diagnóstico será finalizado

Foco de Atenção	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
* Ferida	2003.05.29	19:03	2003.05.29	19:08

### 2.3.5 COMO ALTERAR UM STATUS

Selecione o Foco de Atenção do qual pretende efectuar alteração Clique em Status. Verifica que se abre uma nova janela que lhe permitirá seleccionar o que pretende.

Selecione aquilo que pretende (alterar juízo diagnóstico ou dar termo) e verificará que no quadrado onde é referenciado o diagnóstico de enfermagem passará a constar aquilo que seleccionou.

## 2.3.6 PRESCRIÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para acedermos à “Janela” das Intervenções de Enfermagem basta fazer Click no botão

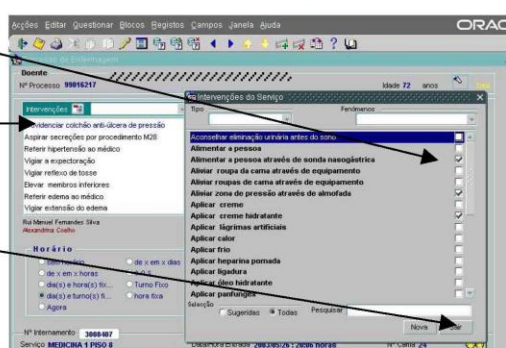
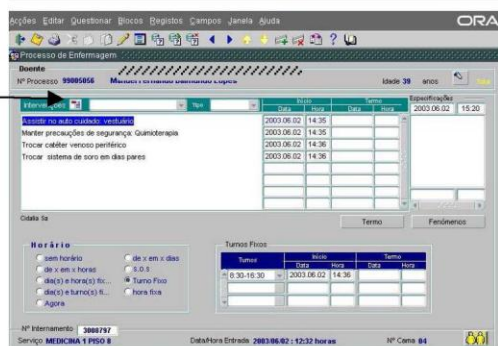
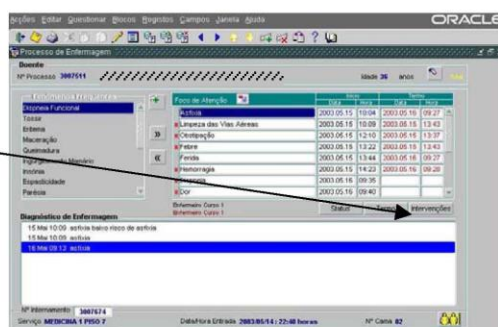
Intervenções

O procedimento de associar as intervenções aos diagnósticos faz-se seleccionando a *lista* que aparece no canto superior esquerdo, (Intervenções sugeridas), para tal basta clicar e aparece-nos a lista da intervenções associadas aos fenómenos activos no nosso doente.

Para seleccionarmos as intervenções que pretendemos basta colocar um visto, após o qual a intervenção passa a estar activa na coluna das intervenções de enfermagem.

Depois de activar as intervenções deve fazer click em [Sair]

Para o caso em que aparecem muitas intervenções sugeridas face aos fenómenos activos, podemos utilizar os seguintes filtros

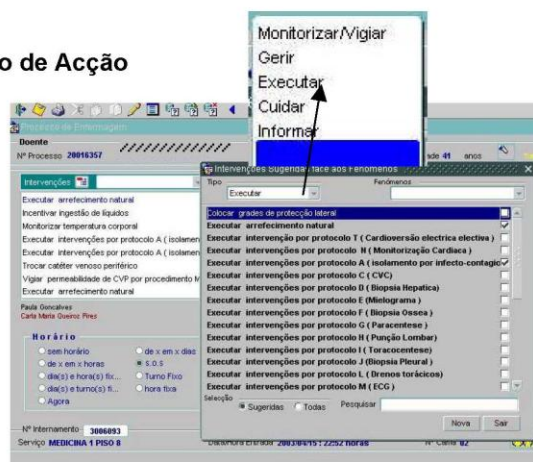






### 2.3.6.1 Utilização do Filtro - Tipo de Acção

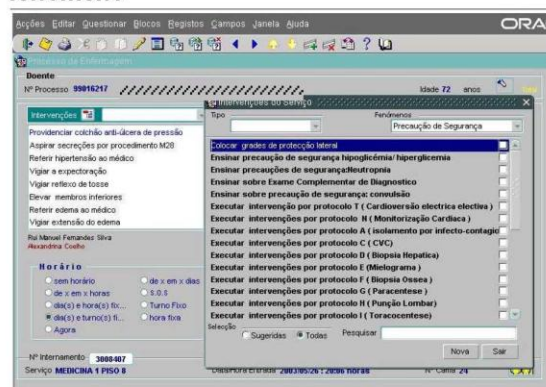
Aparecem-nos as intervenções associadas para este tipo de intervenção, neste caso selecciona-se [Executar]



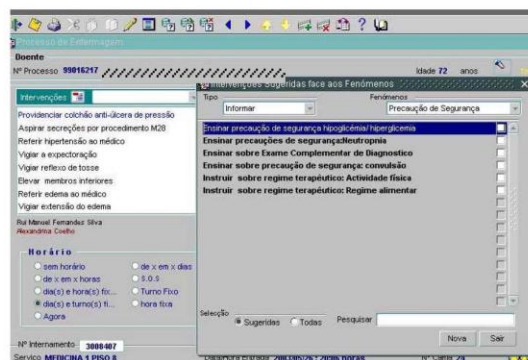
### 2.3.6.2 Utilização do Filtro - Por fenómeno

Aparecem-nos todo o "Tipo" de intervenções associadas ao fenómeno seleccionado.

Neste caso [Precauções de Segurança]

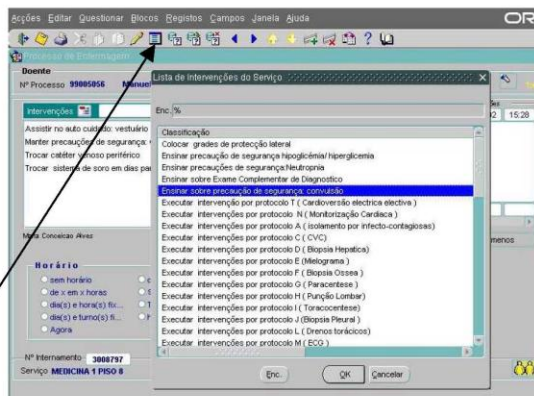


Os dois filtros podem ser utilizados em simultâneo o que torna mais simples a sua utilização, irão então aparecer as intervenções associadas para aquele fenómeno e tipo de acção.



## 2.3.6.3 Inserir Intervenção pela Lista de Valores

Também poderemos utilizar a *lista de valores* da barra do sistema que existe na aplicação, para tal só precisamos de nos posicionar numa **Linha em branco** ou criar uma linha no ícone da **cruz verde** e depois accionar a *lista de valores* e aparecem todas as intervenções.



## 2.3.7 HORÁRIO DAS INTERVENÇÕES

As intervenções de enfermagem requerem obrigatoriedade no preenchimento do horário. O sistema não deixa sair da aplicação sem que todos os horários estejam indicados.

### 2.3.7.1 Tipos de Horários

Para instituir o horário selecciona-se o tipo de horário, clicar no **circulo** que está a trás de cada um dos horário e este fica accionado.



**Mas ao seleccionar alguns tipos de horário o sistema irá pedir mais elementos (dia, frequência, a hora, ou o turno...)**

Nota:

Para mudar de horário basta clicar noutro horário e automaticamente o sistema dá termo à intervenção e pergunta se é isso que pretende.



### 2.3.7.1.1 Sem horário

The 'Horário' dialog box shows several radio button options. The 'sem horário' option is selected. Other options include 'de x em x dias', 'de x em x horas', 'dia(s) e hora(s) fix...', 'dia(s) e turno(s) fi...', and 'Agora'. To the right, there are additional options: 'de x em x dias', 'S.O.S', 'Turno Fixo', and 'hora fixa'.

pode ser utilizado para as intervenções que executam em todos os turnos; por ex.: **Vigiar Penso;**

### 2.3.7.1.2 De x em x dias

The 'Horário' dialog box has 'de x em x dias' selected. To its right is a table titled 'Frequência dos Dias'.

Freq.	De	Até	Turno
2	2003.06.02	14:30	

pode ser utilizado para as intervenções que executam de 2 em 2 dias ; por ex.: **Executar penso de 2/2 dias;**

### 2.3.7.1.3 Dias e horas fixos

The 'Horário' dialog box has 'dia(s) e hora(s) fix...' selected. To its right is a table titled 'Dia(s) e Hora(s) Fixo(s)'.

Data	Turno	Data	Turno
2003.06.05	10:00	2003.06.07	10:30

por ex.: **Executar intervenções por procedimento preparação pré operatória C2, dia 20/5/03 às 10h;**

### 2.3.7.1.4 Dias e turno fixos

The 'Horário' dialog box has 'dia(s) e turno(s) fi...' selected. To its right is a table titled 'Dia(s) e Turno(s) Fixo(s)'.

Data	Turno	Data	Turno
2003.06.05	8:30-18:30	2003.06.27	15:50

Pode ser utilizado para as intervenções que se executam em dias e o turnos fixos; por ex.: **Trocar algália dia 10/6/03 turno da manhã;**



### 2.3.7.1.5 Agora

The 'Horário' dialog box shows several radio button options. The 'Agora' option is selected, indicated by a filled circle.

pode ser utilizado para as intervenções que se executam no momento; por ex.: **Monitorizar TA**, aqui o sistema automaticamente suspende a intervenção, porque só diz respeito àquele momento;

Nota: Como é evidente este horário (Agora) não pode ser alterado

### 2.3.7.1.6 De x em x horas

The 'Horário' dialog box shows the 'De x em x horas' option selected. To its right is a table titled 'Frequência das Horas'.

Freq.	Turno	Turno
Horas	data	hora
6	2003.06.03	13:00

Pode ser utilizado para as intervenções que executam com intervalos de tempo de horas; por ex.: **Executar inaloterapia de 6/6 horas**;

### 2.3.7.1.7 SOS

Pode ser utilizado para as intervenções que executam em S.O.S.; por ex.: **Monitorizar Entrada e saída de líquidos**;

### 2.3.7.1.8 Turno fixo

The 'Horário' dialog box shows the 'Turno Fixo' option selected. To its right is a table titled 'Turnos Fixos'.

Turnos	Turno	Turno
data	hora	data
8:30-18:30	2003.06.02	14:36

Pode ser utilizado para as intervenções que se executam em

todos os turno da manhã; por ex.: **Executar Tratamento à Ferida**;

Pode também seleccionar-se dois ou mais turnos (Turno da Manhã e o Turno da Tarde)





### 2.3.7.1.9 Hora fixa

Pode ser utilizado para as intervenções que se executam em horas fixas; por ex.:

#### **Alimentar pessoa por gavagem**

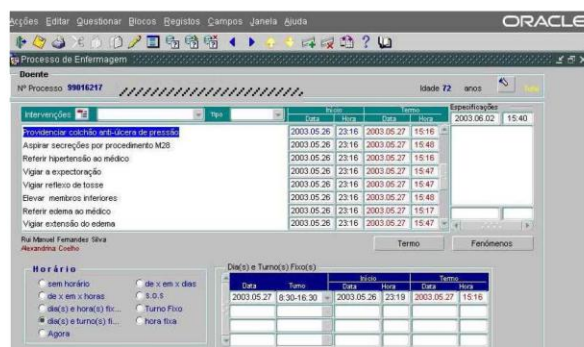
Depois de termos as intervenções seleccionadas e os horários atribuídos, o sistema permite que verifiquemos se realmente o nosso plano está actualizado. Assim tal como a imagem nos mostra poderemos ter acesso a todos os diagnósticos implementados, seleccionando um a um e saber quais as intervenções que lhe associamos.

O mesmo acontece para o tipo de acção



### 2.3.7.2 Como suspender uma intervenção

Quando pretendemos suspender determinada intervenção basta dar termo, colocando o cursor na linha da respectiva intervenção e clicar em termo, este assume o termo da intervenção e da respectiva hora.





## 2.4 PLANO DE TRABALHO

Para entrar nesta opção basta fazer **click** em.



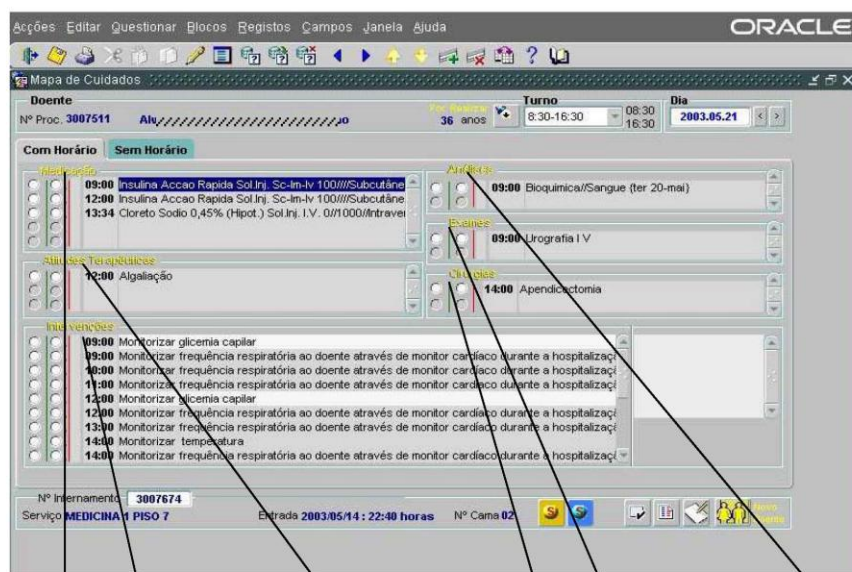
Mapa Diário de Cuidados

OU

**duplo click em**

- Prescrições Médicas
- Avaliação Inicial
- Processo Enfermagem
- Plano Trabalho**
- Alta de Enfermagem
- Mudança de Cama
- Listagens
- Consulta Vigilância

Uma nova janela é aberta onde poderemos visualizar todo o plano de trabalho:



Medicação

Atitudes terapêuticas

Exames

Análises

Intervenções de Enfermagem

Cirurgias

DEPM

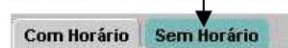
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, SA.



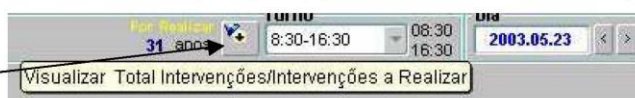
### 2.4.1 INTERVENÇÕES COM E SEM HORÁRIO

A janela é sempre aberta nas intervenções **com horário** e **por realizar**:

- Para visualizar as intervenções sem horário faz-se um click em **Sem Horário**



- Para visualizarmos o **Total das intervenções**, (realizadas e não realizadas) faz-se



um click em

### 2.4.2 SELECIONAR TURNO

- Para seleccionarmos o **turno** que pretendemos visualizar damos um click em



e de imediato surge uma nova janela onde seleccionamos o turno pretendido dando um duplo click sobre o mesmo.

### 2.4.3 ALTERAR O DIA

Para alterar o dia a visualizar dá-se um click na seta da **direita para avançar** um dia

e na seta da **esquerda para recuar** um dia





### 2.4.4 MEDICAÇÃO EM SOS

- Para visualizar a **medicação prescrita em S.O.S.** dá-se um click em

abrindo uma nova janela com toda a **medicação** prescrita ao doente, a medicação prescrita em S.O.S. surge com fundo amarelo e a restante medicação com fundo branco.



- Para administrar uma medicação, selecciona-se a medicação pretendida dando um click sobre a mesma, ficando esta com fundo azul e de seguida faz-se um click em administrar.



A hora da administração pode ser definida com hora anterior à hora do registo.


- Para dar uma intervenção prescrita em **S.O.S.** como realizada, dá-se um click em.

### 2.4.5 INTERVENÇÕES EM SOS

Todos os restantes passos, são idênticos aos descritos para administração de medicação em S.O.S..



### 2.4.6 INTERVENÇÕES COM PROCEDIMENTO

- Todas as intervenções que surgem com fundo cinza claro, é porque têm uma norma/procedimento associada. Para visualizar essa norma/procedimento faz-se um click em  e de imediato surge uma janela com a norma/procedimento descrita.





### 2.4.7 EFFECTIVAR UMA INTERVENÇÃO

Para dar uma intervenção como **realizada** dá-se um click no botão de opção da

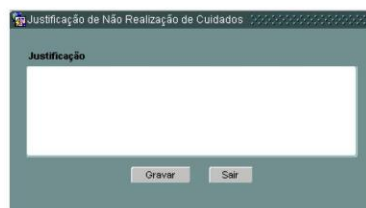
esquerda .

### 2.4.8 JUSTIFICAR UMA INTERVENÇÃO NÃO REALIZADA

Para dar uma intervenção como **não realizada** dá-se um click no botão de opção da direita



, e de imediato nos abre um quadro para justificarmos o porquê da **não** realização do cuidado, onde se escreve o motivo, no fim gravar e sair.



Para visualizar a justificação dá-se duplo click sobre a intervenção não realizada.

### 2.4.9 ASSOCIAR NOTA A UMA INTERVENÇÃO

- Para associar uma nota a uma intervenção/medicação **realizada**, (antes de realizada não é possível associar notas), selecciona-se a intervenção pretendida,

faz-se um click em 

Associar Notas

surgindo uma nova janela para escrever a nota pretendida: no fim de escrever, gravar e sair.





Após este passo, a intervenção deve ficar com um quadrado vermelho no início, a sinalizar que tem uma nota associada:



Para visualizar a nota, dá-se duplo click no quadrado vermelho::




### 2.4.10 ESCREVER NOTAS GERAIS

- Para escrever notas gerais ao doente dá-se um click em  surgindo uma nova janela onde se escreve as notas pretendidas. Para remover a nota antes de dar **O.K.** (depois de dar **O.k.** não é possível remover), dá-se um click em .




### 2.4.11 SELECIONAR NOVO DOENTE

- Para seleccionar um novo doente, sem sair do Plano de Trabalho, dá-se um click em , surgindo a listagem de todos os doentes do serviço, onde se selecciona o doente pretendido.



### 2.4.12 INTERVENÇÕES DO TIPO VIGIAR

Todas as intervenções do tipo **Vigiar**, ao serem dadas como realizadas, abrem uma nova janela onde se descreve as características da observação. Essa descrição pode ser feita em texto livre, ou utilizando as frases inseridas na Parametrização de Frases de Vigilância. Para tal dá-se um duplo click sobre a frase pretendida, ou um só click, ficando a frase com fundo azul e outro click em  passando a frase para o quadro de Notas. Para terminar dá-se um click em **O.K.**



### 2.4.13 INTERVENÇÕES DO TIPO MONITORIZAR

Todas as intervenções do tipo **Monitorizar** ao serem dadas como realizadas, abrem uma nova janela para inserir os valores da avaliação efectuada.



#### 2.4.13.1 Janelas específicas de monitorização

Como janelas específicas temos:

##### 2.4.13.1.1 Monitorizar Ferida

Na monitorização da ferida deve-se especificar sempre qual a ferida observada para posteriormente em consultas de vigilância se poder diferenciar de outras feridas. Os restantes itens são preenchidos segundo a observação efectuada, não sendo obrigatório o preenchimento da totalidade dos itens.







#### 2.4.13.1.2 Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton"

Selecciona-se as características disponíveis em cada item, observadas no doente, dando de imediato o risco de úlcera de pressão segundo a escala de Norton. É obrigatório o preenchimento de todos os itens.

#### 2.4.13.1.3 Monitorizar glicemia capilar

Na monitorização da glicemia capilar surge uma janela para inserir o valor avaliado, após inserção desse valor dá-se um click em **O.K.** abrindo uma nova janela com o valor de insulina a administrar segundo o esquema atribuído ao doente. Para confirmar a administração da insulina dá-se um click no **O.K.** da nova janela. Se o valor de insulina a administrar for diferente escreve-se o novo valor no local das unidades, que surge com fundo azul.

#### 2.4.13.1.4 Monitorizar condição da ventilação através do ventilador

Na monitorização da condição da ventilação selecciona-se o modo ventilatório com os dados disponíveis para esse item, inserindo-se os restantes




parâmetros observados nos respectivos itens. É obrigatório o preenchimento de todos os itens.

### 2.4.13.1.5 Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow

Na monitorização da consciência através da escala de Comas de Glasgow, preenche-se os itens: Resposta Verbal; Abertura de Olhos; Resposta Motora, com as características disponíveis nesses itens. Os restantes itens não são de preenchimento obrigatório, inserindo-se os valores segundo a observação feita ao doente.

### 2.4.13.1.6 Monitorizar entrada e saída de líquidos

Na primeira monitorização de entrada e saída de líquidos a um doente selecciona-se a entrada ou saída, insere-se a quantidade e descreve-se o tipo (urina, soro, etc.). Para inserir novos dados sem sair

da janela dá-se um click em  e repete-se o restante procedimento. Nas restantes monitorizações ao seleccionar-se a entrada ou saída surge no quadro da direita todos os tipos já descritos anteriormente. Para seleccionar o tipo pretendido dá-se um click sobre o mesmo.



## 2.5 REPORTS DE IMPRESSÃO



Estes "reports" servem para visualizarmos todos os registo da tomada de decisão do enfermeiro e prescrição de outros técnicos, bem como a impressão que considerarmos necessária.

### 2.5.1 PROCESSO TOTAL / PLANO DE TRABALHO



Esta janela permite-nos visualizar e imprimir o processo total do doente, onde se inclui a **medicação, exames, análises, dietas, diagnósticos e intervenções de enfermagem**. Pode ser utilizado por turno ou nas 24 horas. Também é possível utilizar apenas um dos itens, à excepção de **exames e análises**.

Podemos utiliza-lo como registo no final do turno, e nesse caso também nos fornece as notas geral, bem como todos os registos efectuados. Pode ainda ser utilizado como plano de trabalho para o turno seguinte, no entanto não nos faculta intervenções em S.O.S.

Aquando da Alta Clínica do doente permite imprimir o processo total.



### 2.5.2 PLANO DE CUIDADOS

Esta opção permite-nos obter a medicação, as atitudes terapêuticas, os exames/análises, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, se forem seleccionados.

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S.A.				Procº: 94022799		Emitido em: 24 Abril 2003 17:29	
MEDICINA 1 PISO 7				Cama: 1150		Entrada às: 11:50 em 06 Abril 2003	
Plano de Cuidados entre 24/04/2003 08:00 a 24/04/2003 23:30							
<b>Medicação</b>							
Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Enfº	Impl.
2003/04/24	10:00	CLORETO SODIO 0.9%(600/1000)ML SOLINJ. LV. O	1000 ml	Intavenosa			
2003/04/24	14:00	FUROSEMIDA SOLINJ. LM-LV. 10	20	Intavenosa			
2003/04/24	22:00	CLORETO SODIO 0.9%(600/1000)ML SOLINJ. LV. O	1000 ml	Intavenosa			
2003/04/24	22:00	FUROSEMIDA SOLINJ. LM-LV. 10	20	Intavenosa			
<b>Atitudes Terapêuticas</b>							
Data	Hora	Atitude Terapeutica	Observações	Enfº	Impl.		
2003/04/24	10:00	NEBULIZAÇÃO COM COMBIVENT					
2003/04/24	18:00	NEBULIZAÇÃO COM COMBIVENT					
<b>Análises/Exames</b>							
Data	Hora	Análise / Exame	Espécimen	Observações	Enfº	Impl.	
2003/04/23	09:00	HEMOGRAMA	Sangue				
2003/04/23	09:00	BIOQUIMICA	Sangue				
2003/04/23	09:00	GASIMETRIA	Sangue				
2003/04/23	09:00	SUMÁRIA	Urina				
2003/04/22	13:51	RMN					
<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>							
Início		Diagnóstico de Enfermagem				Termo	
Data/Hora	Enfº					Data	Enfº
2003/04/11 14:40	1111	<b>Febre</b>					
2003/04/11 14:42	1111	febre presente					
2003/04/11 15:54	1111	<b>Individuo</b>					
2003/04/11 15:55	1111	individuo , em grau moderado					
2003/04/11 15:56	1111	<b>Precaução de Segurança</b>					
2003/04/12 19:05	1111	sonda nasogástrica no precaução de segurança					
2003/04/12 19:05	1111	<b>Hipertensão</b>					
2003/04/17 11:06	1111	hipertensão					
2003/04/17 11:00	1111	<b>Dor</b>					
2003/04/17 11:04	1111	dor musculo-esquelética no dor , em grau moderado					
<b>Intervenções de Enfermagem</b>							
Data	Hora	Intervenções de Enfermagem				Enfº	Impl.
2003/04/24	16:30-0:30	Referir hipertensão ao médico					
2003/04/24	16:30-0:30	Monitorizar tensão arterial					
2003/04/24	16:30-0:30	Ensinar pessoa sobre gestão de regime terapeutico(analgésicos)					
2003/04/24	16:30-0:30	Ensinar sobre auto controlo: dor					
2003/04/24	16:30-0:30	Monitorizar a dor através de escala de dor					
2003/04/24	16:30-0:30	Referir dor ao médico					
2003/04/24	16:30-0:30	Referir agravamento ao medico					
2003/04/24	16:30-0:30	Ensinar pessoa sobre precauções segurança : Hipertensão por procedimento P4					
2003/04/24	16:30-0:30	Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco					
2003/04/24	16:30-0:30	Ensinar sobre complicações da hipertensão					
2003/04/24	16:30-0:30	Instruir sobre regime terapeutico					
2003/04/24	16:30-0:30	Incentivar repouso					
2003/04/24	16:30-0:30	Ensinar sobre precauções de segurança: hipertensão por procedimento					
2003/04/24	16:30-0:30	Educar sobre hábitos de exercício					
2003/04/24	16:30-0:30	Vigiar dor					
<b>Notas Gerais</b>							





Também podemos obter o registo em notas de enfermagem.

Este modo de impressão é usado de três formas, uma que nos permite ter um plano de cuidados das 24 horas anteriores, pedindo a impressão do plano parcial, outra permite-nos imprimir o plano de cuidados por doente para cada turno, basta seleccionar o turno pretendido e ajustar a hora de termino do referido turno, uma vez que o sistema informático assume por defeito as horas; ex.: Turno da tarde – Início 16:00, fim 23:30. E por último poderemos aquando da Alta Clínica pedir o processo total, para tal basta ajustar a data de admissão colocando um *visto* em local próprio e ajustar a hora de saída.

### 2.5.3 PLANEAMENTO DE ENFERMAGEM/ PROC. DE ENFERMAGEM



O planeamento de enfermagem inclui os diagnósticos de enf. e as intervenções. Aqui o programa permite-nos ver todas as intervenções instituídas incluindo as intervenções em S.O.S.,

não dá a possibilidade de visualizarmos por turno.

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S.A.				Procº: 94022799	Emitido em: 24 Abril 2003
MEDICINA I PISO 7					
Planeamento de Enfermagem				Cama: 03	Internado em: 08 Abril 2003 11:50
Início		Diagnóstico de Enfermagem		Termo	
Data/Hora	Enfº			Data/Hora	Enfº
2003/04/11 14:40	1111	<b>Febre</b>			
		Presente / Ausente Presente / Ausente Presente Presente			
2003/04/11 14:42	1111	Febre presente			
2003/04/11 15:54	1111	<b>Indivíduo</b>			
		<b>Especificações</b>			
2003/04/11 15:55	1111	Indivíduo, em grau moderado			
2003/04/11 15:56	1111	<b>Precaução de Segurança</b>			
		<b>Sonda nasogástrica</b>			
2003/04/12 19:05	1111	sonda nasogástrica no precaução de segurança			
2003/04/12 19:05	1111	<b>Hipertensão</b>			
		<b>Especificações</b>			
2003/04/12 19:05	1111	hipertensão			
2003/04/17 11:06	1111	hipertensão			
2003/04/17 11:00	1111	<b>Dor</b>			
		<b>dor musculoesquelética</b>			
2003/04/17 11:04	1111	dor musculoesquelética no dor, em grau moderado			
		<b>Presente</b>			
2003/04/17 11:01	1111	dor, em grau moderado			

Início		Intervenções de Enfermagem	Horário	Termo	
Data / Hora	Enfº			Data / Hora	Enfº
Atender (Cuidar)					
2003/04/17 11:17	1111	Incentivar repouso	S/Horário		
Executar					
2003/04/11 14:44	1111	Executar técnica de amolecimento natural	S.O.S.	2003/04/17 11:06	1111
2003/04/17 11:11	1111	Posicionar a pessoa por procedimento	5,5 horas		
Gerir					
2003/04/11 14:44	1111	Gerir antipirético	S.O.S.	2003/04/17 11:06	1111
2003/04/11 14:44	1111	Referir febre ao médico	S.O.S.	2003/04/17 11:07	1111
2003/04/12 19:06	1111	Referir hipertensão ao médico	S/Horário		
2003/04/17 11:11	1111	Referir dor ao médico	S/Horário		
2003/04/17 11:11	1111	Referir agravamento ao médico	S/Horário		
Informar					
2003/04/17 11:10	1111	Ensinar pessoa sobre gestão de regime terapêutico (analgesicos)	S/Horário		
2003/04/17 11:10	1111	Explicar sobre a sensação de dor	S/Horário		
2003/04/17 11:10	1111	Ensinar sobre auto controlo: dor	S/Horário		
2003/04/17 11:15	1111	Educar sobre hábitos de exercício	S/Horário		
2003/04/17 11:15	1111	Ensinar pessoa sobre precauções segurança: Hipertensão por procedimento	S/Horário		
2003/04/17 11:15	1111	Ensinar sobre complicações da hipertensão	S/Horário		
2003/04/17 11:15	1111	Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco	S/Horário		
2003/04/17 11:15	1111	Ensinar sobre precauções de segurança: hipertensão por procedimento	S/Horário		
2003/04/17 11:17	1111	Instruir sobre regime terapêutico	S/Horário		
Observar					
2003/04/11 14:44	1111	Monitorizar temperatura corporal	88 horas	2003/04/17 11:06	1111
2003/04/11 14:56	1111	Vigiar reflexo de sacção	30 horas	2003/04/17 11:07	1111
2003/04/12 19:06	1111	Monitorizar tensão arterial	68 horas	2003/04/17 11:08	1111



### 2.5.4 AVALIAÇÃO INICIAL



Permite-nos visualizar e imprimir a Avaliação Inicial.

		Enfº	Data	Hora
<b>Respiração</b>				
» <b>Dados/Respiração</b>				
Frequência	14	1111	22/04/2003	10:15
Características	Abdominal	3333	24/04/2003	13:33
Tipo de consumo	Cigarros	3333	24/04/2003	13:34
Quantidade consumida / Dia	6	3333	24/04/2003	13:35
<b>Circulação</b>				
» <b>TA</b>				
Máx. (mm/Hg)	160	3333	24/04/2003	13:35
Min. (mm/Hg)	95	3333	24/04/2003	13:36
» <b>Pulso</b>				
Frequência	98	3333	24/04/2003	13:36
Características	rítmico; cheio	3333	24/04/2003	13:36
<b>Nutrição/digestão</b>				
» <b>Hábitos alimentares/dietéticos</b>				
Nº de refeições/dia	5	3333	24/04/2003	13:37
Alimentos preferidos	Massa com carne	3333	24/04/2003	13:37
Alimentos mal tolerados	Leite e queijo da serra	3333	24/04/2003	13:38
» <b>Prótese dentária</b>				
Sim/Não	Sim	3333	24/04/2003	13:39
Superior/Inferior	Superior	3333	24/04/2003	13:39
<b>Actividade motora</b>				
» <b>Actividade motora</b>				

### 2.5.5 CARTA DE TRANSFERÊNCIA



Permite visualizar e imprimir a Carta de Transferência, com a particularidade de se poder acrescentar notas importantes ( Observações ) a essa carta a qual só contem ao diagnósticos activos no momento da Transferência de Serviço.

Também funciona como Carta de Alta, mas o procedimento é um pouco diferente, isto é depois de efectuar todos os registos e as informações que quer transmitir para o enfermeiro do Cento de saúde, dá-se Alta de Enfermagem ao doente e posteriormente pede para imprimir a Carta de Alta, nela só ficam registadas as DEPM



## Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Manual do Utilizador

nossas observações e as notas importantes que se foram registando ao longo do internamento, como por exemplo a evolução das feridas ou úlceras de pressão.

<b>CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S.A.</b> <b>MEDICINA I PISO 7</b> Carta de Transferência		Cartão: 194833217 Procº: 94022799 Emitido em: 24 Abril 2003 Nasc: 16-02-1932 Internado em: 08 Abril 2003 11:50
Centro de Saúde VIANA DO CASTELO		Enfº de Família
Médico de Família		Enfº de Referência
Início	Diagnóstico de Enfermagem	
Data/Hora		
2003/04/11 14:40	Febre	
2003/04/11 14:42	Presente / Ausente Presente / Ausente Presente Presente febre presente	
2003/04/11 15:54	Individuo	
2003/04/11 15:55	/individuo, em grau moderado	
2003/04/11 15:56	Precaução de Segurança	
2003/04/12 19:05	Sonda nasogástrica sonda nasogástrica no precaução de segurança	
2003/04/12 19:05	Hipertensão	
2003/04/12 19:05	hipertensão	
2003/04/17 11:06	hipertensão	
2003/04/17 11:00	Dor	
2003/04/17 11:04	dor musculoesquelética dor musculoesquelética no dor, em grau moderado	
2003/04/17 11:01	Presente dor, em grau moderado	

Início	Intervenções de Enfermagem		Horário
Data / Hora			
Atender (Cuidar)			
2003/04/17 11:17	Incentivar repouso		S/ Horário
Executar			
2003/04/17 11:11	Posicionar a pessoa por procedimento		5/6 horas
Gerir			
2003/04/12 19:06	Referir hipertensão ao médico		S/ Horário
2003/04/17 11:11	Referir dor ao médico		S/ Horário
2003/04/17 11:11	Referir agravamento ao medico		S/ Horário
Informar			
2003/04/17 11:10	Ensinar pessoa sobre gestão de regime terapêutico(analgésicos)		S/ Horário
2003/04/17 11:10	Explicar sobre a sensação de dor		S/ Horário
2003/04/17 11:10	Ensinar sobre auto controlo: dor		S/ Horário
2003/04/17 11:15	Educar sobre hábitos de exercício		S/ Horário
2003/04/17 11:15	Ensinar pessoa sobre precauções segurança : Hipertensão por procedimento PI		S/ Horário
2003/04/17 11:15	Ensinar sobre complicações da hipertensão		S/ Horário
2003/04/17 11:15	Ensinar sobre desvantagens do uso do tabaco		S/ Horário
2003/04/17 11:15	Ensinar sobre precauções de segurança: hipertensão por procedimento		S/ Horário
2003/04/17 11:17	Instruir sobre regime terapêutico		S/ Horário
Observar			
2003/04/12 19:06	Monitorizar frequência cardíaca		6/6 horas
2003/04/17 11:08	Monitorizar tensão arterial		T:8:30-16:30 T:16:30-0:30 T:0:30-8:30
2003/04/17 11:11	Monitorizar a dor através de escala de dor		T:8:30-16:30 T:16:30-0:30
2003/04/17 11:11	Vigiar dor		S/ Horário

<b>CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S.A.</b> <b>MEDICINA I PISO 7</b> Carta de Transferência		Cartão: 194833217 Procº: 94022799 Emitido em: 24 Abril 2003 Nasc: 16-02-1932 Internado em: 08 Abril 2003 11:50
Centro de Saúde VIANA DO CASTELO		Enfº de Família
Médico de Família		Enfº de Referência
<b>Atitudes Terapêuticas Ativas</b>		
Data / Hora Início	Atitude Terapêutica	Horário
2003/04/22 13:38	NEBULIZAÇÃO COM COMBIVENT	8/8 horas

DEPM

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, SA.

Pág. Nº 47/53



### 2.5.6 MAPA DE MEDICAÇÃO PRESCRITA

Esta janela permite visualizar a medicação prescrita por doente e por turno, da qual poderemos fazer impressão conforme as nossas necessidades, ou seja por doente e por turno ou para as 24 horas.

**Listagens**

**Serviço**  
**MEDICINA 1 PISO 7**

Unidade:

Turnos:

Data Início: 2003/04/23 08:00

Data Final: 2003/04/24 08:00

**CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S.A.**  
**MEDICINA 1 PISO 7**  
Medicação 24/03/2003 16:00 a 24/03/2003 23:30

Segunda-Feira, 24 Março 2003 às 09:34

Cama: 02 ELVI Proc#: 97005430

Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Impl.
2003/03/18	14:21	TRAMADOL CAP/COMP ORAL 50 (SOS)	1g	Intravenosa		

Cama: 04 ESM USA Proc#: 95017897

Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Impl.
2003/03/24	22:00	DICLOFENAC SOLINJ.L.M. 25	25mg	Intramuscular	após as refeições	
2003/03/24	22:00	IMPENEM CLASTATINA 500x500MG SOLEXT.LV.0	500mg	Intravenosa		
2003/03/24	23:00	IBUPROFENO CAP/COMP ORAL 400	400mg	Oral (O)	dar após refeições	
2003/03/21	14:29	NIFEDIPINA CAP/COMP ORAL 20 (SOS)	20mg	Sublingual (SL)		

Cama: 05 M Proc#: 97005330

Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Impl.
2003/03/24	16h - 24h	ACETILSALICILICO CAP/COMP ORAL 500	500	Oral (O)		
2003/03/24	16:00	VARFARINA CAP/COMP ORAL 5	1	Oral (O)		

Cama: 07 M Proc#: 3002801

Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Impl.
2003/03/24	22:00	CLORETO SODIO 0.9%(500/1000)ML SOLINJ.LV.0	1000ml	Intravenosa		

Cama: 08 M Proc#: 20002024

Data	Hora	Fármaco	Dose	Via	observações	Impl.
------	------	---------	------	-----	-------------	-------





## 2.5.7 VIGILÂNCIA DAS 24 HORAS



Permite-nos visualizar todos os dados que foram sendo introduzidos ao longo do internamento. Neste incluem-se os registos em gráfico e escalas, ou todas as observações realizadas. Tem uma particularidade os gráficos vão sendo actualizados, mas apresentam-se-nos desde a admissão, mesmo quando se pede uma impressão das últimas 24 horas.

## 2.5.8 REPORTS DE VIGILÂNCIA PRESCRITA

Estes permitem apenas visualizarmos os dados registados no processo do doente, em termos de registos de enfermagem.

## 2.6 LISTAGENS

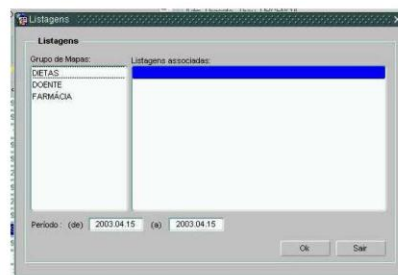


Esta janela permite visualizar um grupo de mapas, referentes a dietas, vigilâncias/doente e farmácia com listagem associados.

Para tal basta seleccionar o item pretendido, colocar o período a que se reporta e mandar imprimir.

### 2.6.1 LISTAGEM /DIETA

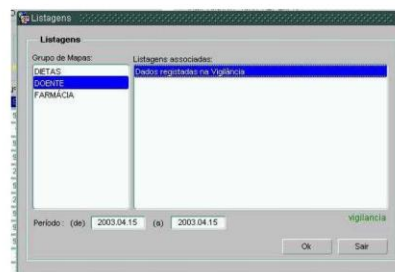
Este grupo de mapas não está activo porque não tem dados para associar listagens.





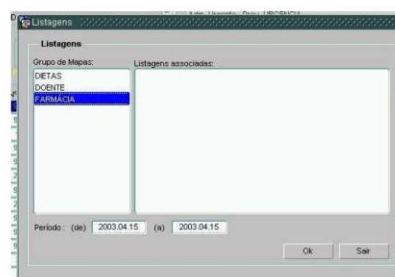
### 2.6.2 LISTAGEM/DOENTE

Este grupo de mapas tem associada a listagem das vigilâncias prescritas.





### 2.6.3 LISTAGEM / FARMÁCIA

Este grupo de mapas não está activo porque não tem dados para associar listagens.



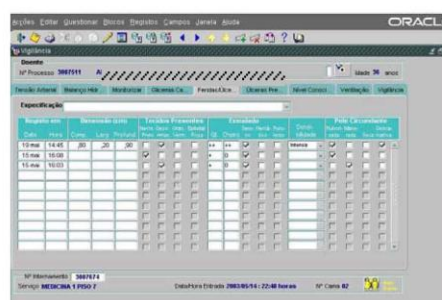
## 2.7 CONSULTA DE VIGILÂNCIA

 A consulta de vigilância permite um acesso rápido à informação acerca do doente sem necessitar de impressão. Conforme o tipo de informação que necessitar, por exemplo os registos da evolução de uma úlcera de pressão, seleccionar Feridas/úlceras.

Existe outra forma de aceder às **Vigilâncias** para tal basta seleccionar no canto superior esquerdo o *Report* identificado com um olho , apenas com um *clik*.

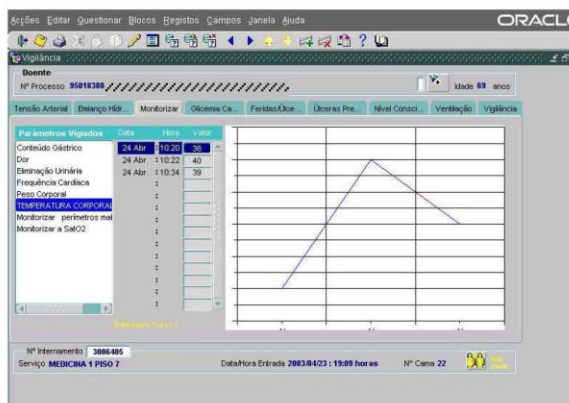
### 2.7.1 FERIDAS/ÚLCERAS

Poderemos observar rapidamente a evolução das várias feridas.



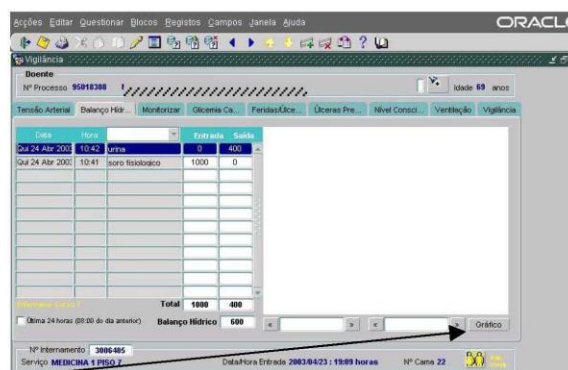
## 2.7.2 MONITORIZAR

Permite-nos observar todas as intervenções do tipo monitorizar, em termos quantitativos e gráficos, para tal, depois de seleccionar o tipo de acção/registo, seleccionamos o que pretendemos saber, por exemplo monitorizar conteúdo gástrico.



## 2.7.3 BALANÇO HÍDRICO

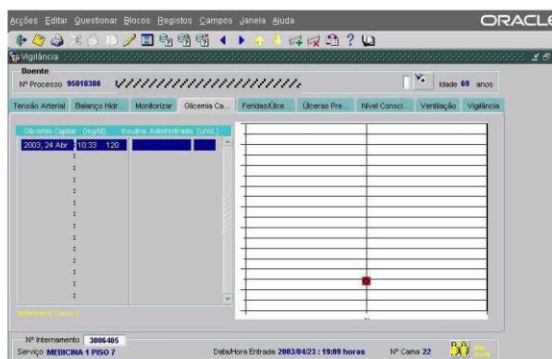
Para termos acesso aos dados sobre a monitorização de entradas e saídas de líquidos é necessário seleccionar este item e poderemos visualizar além das entradas e saídas, também o balanço hídrico (quantitativamente e em gráfico).





### 2.7.4 GLICEMIAS CAPILARES

Esta janela dá-nos acesso ao registo das glicemias capilares durante o internamento em termos quantitativos e a sua representação gráfica.



### 2.7.5 AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA DE PRESSÃO SEGUNDO ESCALA DE NORTON

Este registo permite-nos uma avaliação o risco de ulcera de pressão, e apresenta-nos todos as variáveis que a escala contém.

### 2.7.6 VIGILÂNCIA PRESCRITA

Esta janela dá-nos acesso ao registo das vigilâncias prescritas durante o internamento; ou seja todas as intervenções do tipo **Vigiar** ficam registadas nesta tabela.

### 2.7.7 VENTILACÃO

Permite-nos saber os modos ventilatórios que o doente fez durante o internamento.

### 2.7.8 TENSÃO ARTERIAL

Esta janela dá-nos acesso ao registo da tensão arterial durante o internamento em termos quantitativos e a sua representação gráfica.

[illegible]

### 2.7.9 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA – ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Permite-nos a avaliação do estado de consciência e quais as variáveis utilizadas.

Ações Editar Questionar Blocos Registros Campos Janela Ajuda

Início Voltar Anterior Avançar Fim

**Vigilância**

**Duende**

Nº Processo: 95018385

Made 89 anos

Tensão Arterial Balanço Hídrico Monitorizar Glicemia Ca. Feridas/Ulc. Úlceras Pre. Nível Consci. Verificação Vigilância

Data:

Papéis

Colágeno Pupilar

Fotoflexibilidade

Nível de Consciência

Resposta Verbal

Abertura Olhos

Resposta Motora

Escala Glasgow

Mobilidade

Monitor Interior

Mobilidade

Monitor Superior

Nº Internamento 3806-45

Serviço MEDICINA 1 PISO 7

Datahora Entrada 2003/04/23 10:09 horas

Nº Cama 22

## **ANEXO II**

### Pedidos de autorização para realização da investigação<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> Em todos os documentos apresentados foi encoberta a identificação da instituição onde foi realizado a investigação (através de um retângulo cinzento), tal como foi acordado com a mesma ao longo do processo de pedido de autorização do estudo



C.G.O. 13/2013  
ENTRADA: 13.03.13  
SAÍDA:  
ASSIN. [assinatura]

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do Hospital [redacted]

**Assunto:** Pedido de autorização de recolha de informação e aplicação de um instrumento de recolha de dados

Célia Carina dos Santos Monteiro, Enfermeira no Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Mestranda no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, atualmente no 2º ano do Mestrado de Administração Pública – Administração da Saúde, a realizar dissertação de Mestrado, solicito colaboração do Hospital [redacted], para a recolha de informação e aplicação de instrumento de recolha de dados que servirão de referência à investigação, cujo tema é: *O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE*.

O estudo tem como problemática o impacto dos sistemas de informação na gestão hospitalar e como objetivo geral a identificação do valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Todos os dados recolhidos irão cumprir o anonimato dos intervenientes e não implicam nenhum juízo de valor sobre o Hospital, a sua Administração e os seus Profissionais de Saúde. Durante todo o estudo a instituição hospitalar não será identificada.

A duração da investigação decorre desde o presente até Setembro de 2013.

Agradeço desde já a vossa atenciosa e preciosa contribuição para este estudo.

Pede deferimento,

Almada, 13 de Março de 2013

[assinatura]  
Célia Carina dos Santos Monteiro  
(Célia Carina dos Santos Monteiro)

[assinatura]  
Dra. Paula Breia  
Diretora Clínica

[assinatura]  
Dr. Daniel Ferro  
Presidente do Conselho  
de Administração

[assinatura]  
Lourdes Bastos  
Vogal do Conselho de Administração

Exma. Sr.ª Dr.ª Ana Jorge  
Presidente do Centro

Almada, 24 de Maio de 2013

Assunto: **Parecer sobre o pedido de realização do Trabalho de Investigação nº 03/2013 denominado “ O impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE”.**

- O estudo acima identificado, de natureza académica, **tem como objectivo:**
  - **Identificar o valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.**
- Trata-se de um trabalho de investigação a realizar por uma Aluna do Curso de Mestrado de Administração Pública - Administração da Saúde, no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Constam ainda do processo:

- **Identificação do responsável pelo trabalho.**
- **Identificação da Orientadora.**
- **Metodologia de investigação e de colheita de dados.**
- **Designação dos locais de realização do mesmo – Serviço de Cirurgia e Serviço de Medicina.**

**Necessário regularizar:**

- **Declaração de Consentimento Informado, que não está de acordo com os participantes a que se destina.**
- **Parecer favorável dos Responsáveis pelos Serviços em que decorrerá o estudo.**

Depois de regularizados os pontos atrás referenciados, não vemos do ponto de vista ético qualquer obstáculo ao início do estudo.

O Presidente da Comissão de Ética

Dr. Luís Antunes



AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO E APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DE  
RECOLHA DE DADOS

Célia Carina dos Santos Monteiro, Enfermeira no Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Mestranda no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, atualmente no 2º ano do Mestrado de Administração Pública – Administração da Saúde, a realizar dissertação de Mestrado, solicito colaboração do Hospital [REDACTED], nomeadamente dos Serviços de Cirurgia Geral, Medicina I, II e III e à Enfermeira Diretora da instituição, para a recolha de informação e aplicação de instrumento de recolha de dados (questionários aos enfermeiros dos serviços mencionados, incluído questionários aos Enfermeiros Chefes dos mesmos e Enfermeira Diretora do Hospital) que servirão de referência à investigação, cujo tema é: *O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE*.

O estudo tem como problemática o impacto dos sistemas de informação na gestão hospitalar e como objetivo geral a identificação do valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Com o instrumento de recolha de dados pretende-se recolher informação sobre a opinião dos utilizadores principais do SAPE (enfermeiros), sobre o seu contributo para o desempenho diário do seu trabalho e ainda se são utilizados *outputs* de gestão hospitalar (produzidos diretamente pelo sistema) e identificá-los através de questionários aos elementos que administram a gestão de cada serviço em individual (Enfermeiros Chefes) e no geral na instituição (Enfermeira Diretora).

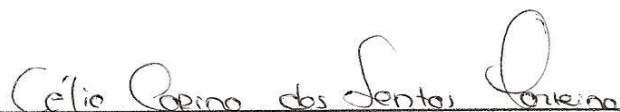
Todos os dados recolhidos irão cumprir o anonimato dos intervenientes e não implicam nenhum juízo de valor sobre o Hospital, a sua Administração e os seus Profissionais de Saúde. Durante todo o estudo a instituição hospitalar não será identificada.

A duração da investigação decorre desde o presente até Setembro de 2013.

Agradeço desde já a vossa atenciosa e preciosa contribuição para este estudo.

Almada, 13 de Março de 2013

A Investigadora Principal,

  
\_\_\_\_\_  
(Célia Carina dos Santos Monteiro)

ENFERMEIRA DIRETORA

**Enfermeira Odília Maria Taleigo das Neves**, na qualidade de **Enfermeira Diretora do Hospital [REDACTED]**, declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Odília Maria Taleigo das Neves*

AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE INFORMAÇÃO E APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DE  
RECOLHA DE DADOS

**Célia Carina dos Santos Monteiro**, Enfermeira no Hospital Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Mestranda no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, atualmente no 2º ano do Mestrado de Administração Pública – Administração da Saúde, a realizar dissertação de Mestrado, solicito colaboração do Hospital ( ), nomeadamente dos Serviços de Cirurgia Geral e Medicina I, II e III, para a recolha de informação e aplicação de instrumento de recolha de dados (questionários aos enfermeiros dos serviços mencionados, incluído questionários aos Enfermeiros Chefes dos mesmos) que servirão de referência à investigação, cujo tema é: *O Impacto dos Sistemas de Informação em Contexto Hospitalar – Valor Acrescentado do SAPE*.

O estudo tem como problemática o impacto dos sistemas de informação na gestão hospitalar e como objetivo geral a identificação do valor acrescentado do SAPE para o funcionamento organizacional de um hospital na área de Lisboa e Vale do Tejo.

Com o instrumento de recolha de dados pretende-se recolher informação sobre a opinião dos utilizadores principais do SAPE (enfermeiros), sobre o seu contributo para o desempenho diário do seu trabalho e ainda se são utilizados *outputs* de gestão hospitalar (produzidos diretamente pelo sistema) e identificá-los através de questionários aos elementos que administram a gestão de cada serviço em individual (Enfermeiros Chefes) e no geral na instituição (Enfermeira Diretora).

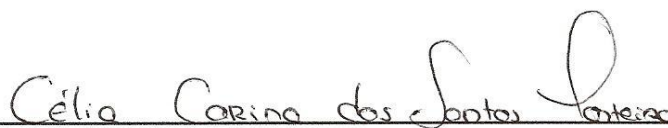
Todos os dados recolhidos irão cumprir o anonimato dos intervenientes e não implicam nenhum juízo de valor sobre o Hospital, a sua Administração e os seus Profissionais de Saúde. Durante todo o estudo a instituição hospitalar não será identificada.

A duração da investigação decorre desde o presente até Setembro de 2013.

Agradeço desde já a vossa atenciosa e preciosa contribuição para este estudo.

Almada, 2 de Julho de 2013

A Investigadora Principal,

  
(Célia Carina dos Santos Monteiro)

---



## SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

**Dr. João Corte Real**, na qualidade de Diretor Clínico do Serviço de **Cirurgia Geral** - [REDACTED], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Enfermeira Graça Oliveira**, na qualidade de Enfermeira Chefe do Serviço de **Cirurgia Geral** - [REDACTED], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## SERVIÇO DE MEDICINA

**Dr.<sup>a</sup> Francisca Delerue**, na qualidade de Diretora Clínica dos **Serviços de Medicina (I, II e III)** - [REDACTED], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Enfermeiro Nelson Moreira**, na qualidade de Enfermeira Chefe do **Serviço de Medicina I e II** - [REDACTED], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Enfermeira Maria Paula Ribeiro**, na qualidade de Enfermeira Chefe do **Serviço de Medicina III / Infectologia** - [REDACTED], declaro que autorizo a execução do estudo de investigação intitulado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para uma boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Assinatura: \_\_\_\_\_